

”Se meg”

Sykepleiere i møte med smertelindring til premature barn

Anette Winger



Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

1. oktober 2007



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Anette Winger	Dato: oktober 2007
Tittel og undertittel: "Se meg" Sykepleiere i møte med smertelindring til premature barn	
Sammendrag: Formål: Studiets hensikt er å undersøke hva sykepleiere opplever er utfordringer når det gjelder smertelindring til premature barn. Ved å få mer kunnskap om hva de opplever som problematisk, kan det synliggjøres hvor det kan settes inn tiltak for å bedre smertelindringen. Teoretisk forankring: Et etisk-filosofisk perspektiv er tilnærmingen i den teoretiske forankringen. Kari Martinsens omsorgsfilosofi er benyttet og barnets sårbarhet ses i lys av Levinas tilnærming til den Annens humanisme. Metode: Studien er utforskende og beskrivende. Kvalitativ tilnærming med intervju av åtte sykepleiere på to neonatalavdelinger er gjennomført med semistrukturert guide og bruk av lydbånd. Kvaless analysemetode er benyttet. Situasjonsanalyse av narrativ ble utført. Resultater: Sykepleierne ser at barnet har smerter, mange gjøremål og konkurrerende stimuli kjemper om sykepleierens oppmerksomhet. Sterke beskrivelser som overgrep og tortur benyttes i forhold til hva barna utsettes for når smertelindringen ikke er god nok. Det kreves kunnskaper og ferdigheter av ulike karakter fra sykepleierens side for å ha tilstrekkelig oversikt over barnets tilstand. Sykepleiere og leger beskrives å jobbe på siden av hverandre istedenfor å samarbeide. Det er en påkjenning for sykepleierne å jobbe i et miljø der avdelingskultur, krav og holdninger går på tvers av egne omsorgsverdier. Noen sykepleiere har hatt tanker om å slutte, men vissheten om at deres arbeid for å bedre smertelindringen bidrar til økt kunnskap og bedret smertelindring, har medført at de fortsetter. Konklusjon: Ulik kompetanse og ulike personligheter ser ut til å påvirke samarbeidet mellom helsepersonell og påvirker kvaliteten på barnas smertebehandling. Mulighet og rom for etisk refleksjon i det daglige mangler og er et savn hos sykepleierne. Det menneskelige og medmenneskelige aspektet innenfor nyfødt intensivavdelingene står i fare for å forsvinne på bekostning av teknikk og effektivitet.	
Nøkkelord: smerte, prematur, sykepleier, etikk, moralsk stress, narrativ.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Anette Winger	Date: oktober 2007
Title and subtitle: "Please see the human me" Nurses in meeting with premature babies pain relief	
Abstract: Purpose: The purpose of this study is to explore which experiences nurses find challenging regarding pain relief to premature babies. By getting more information about what nurses experience as problematic, areas for improvement of pain relief treatment can be pointed out. Theoretical foundation: The theoretical foundation is an ethic-philosophic approach. Kari Martinsens philosophy of care is used and the children vulnerability is interpreted by Levinas approach to Humanism of the Other. Method: This study is investigative and descriptive. It uses a qualitative approach with interviews of eight nurses at two different neonatal intensive care units. The interviews were carried out with semi-structured guide and were recorded. The analysis used is based on Kvaales method. Situation analysis of the stories has been carried out. Results: Nurses recognize the child's pain but a tight schedule and competing stimuli are fighting for the nurses' attention. Strong characteristics like harassment and torture are used to describe the children's situation when pain relief is insufficient. Knowledge and skills of different kinds are necessary from the nurses' side in order to understand the child's condition. The cooperation between nurses and doctors is described as poor. It is a strain for the nurses to work in an environment where the culture at the working place, requirements and attitudes are conflicting with their own values of care. Some nurses have had thoughts about quitting, but the awareness that their work contributes to increased knowledge and improved pain relief, made them reconsider their decision. Conclusion: Different skills and different personalities seem to affect the cooperation between health care workers and affect the quality of the children's pain treatment. Possibilities and arenas for reflection about ethical values lack in the day to day work, and are missed by the nurses. Technology and effectiveness are threatening the human aspect within neonatal intensive care units.	
Key words: pain, premature, nurse, ethics, moral stress, narrative	

FORORD

Gjennom flere år har jeg vært så heldig å jobbe med utrolig mange flotte, varme og kunnskapsrike mennesker. Mine kollegaer på neonatalavdelingen jeg har jobbet ved de siste åtte årene, har bidratt til å gi meg kunnskap innenfor sykepleie til premature barn. De har på ulike måter gitt inspirasjon til dette prosjektet.

En stor takk til sykepleierne ved to av landets prematuravdelinger som så velvillig har stilt opp og latt seg intervju. De har åpenhertlig delt sine opplevelser og erfaringer med meg og bidratt til å belyse kompleksiteten i smertelindring av premature barn. Det har vært en berikelse å få et innblikk i deres hverdag.

Et prosjekt som dette er en prosess som til tider har avstedkommer både frustrasjoner og hindringer som kjennes uovervinnelige. Takk og varme tanker til Tone, Rita og Marianne for at dere har delt deres livserfaring og innsiktsfulle tanker med meg. Både venner og familie fortjener en takk for støtte og oppmuntring. Spesiell takk til Vibeke Cathrin, Hans Marius og Roger.

Tusen takk til Norsk sykepleieforbund som høsten 2006 som prioriterte prosjektet og ga meg forskningsstipend. Støtten har lettet studenttilværelsen og gitt større handlingsfrihet.

Min veileder Førsteamanuensis May Solveig Fagermoen PhD, takkes for gode råd, grundig og tankeskapende veiledning.

Oslo, oktober 2007

Anette Winger

*Humanitet er ikke noe som er gitt oss en gang for alle;
hver dag må vi gi vitne om det.*

Johann Gottfried Heder, Tysk filosof

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	
Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	s 1
Presentasjon av tema og problemstilling	s 4
Studiens mål og betydning	s 4
Begrepsavklaringer.....	s 5
Avgrensning	s 6
Oppgavens oppbygning	s 7
2.0 LITTERATURGJENNOMGANG	s 9
Forskning rundt smerteproblematikk hos premature barn	s 9
Konsekvenser av ubehandlet smerte	s 10
Hjelpemidler	s 11
Smertelindrende tiltak	s 11
Kunnskap og hindringer	s 12
Foreldrenes bidrag	s 13
Helsepersonell	s 14
3.0 TEORETISK RAMMEVERK.....	s 17
Omsorg.....	s 17
Ulike måter å se på.....	s 18
Å se med hjertets øye	s 19
Å sanse og forstå.....	s 20
Den personorienterte profesjonaliteten.....	s 20
Balanse mellom likhet og forskjell.....	s 20
Den annens humanisme.....	s 21
4.0 METODE.....	s 24
Design	s 24
Utforskende/beskrivende design	s 24
Kvalitativ forskningsmetode	s 25
Hermeneutikk	s 25
Semistrukturert intervju	s 26
Innpass til forskningsfeltet	s 27
Utvalg	s 27
Forskeren som instrument	s 27
Klargjøring for analyse	s 30
Analyseprosessen	s 30
Narrativ.....	s 33
Troverdighet	s 34
Bekreftbarhet	s 35
Refleksivitet	s 36
Overførbarhet	s 36
Etiske overveielser	s 37
5.0 PRESENTASJON AV FUNN	s 39
Barnets menneskelighet	s 40

Observasjoner av barnet.....	s 41
Ser og har fokus på barnet.....	s 41
Respekt.....	s 42
Barnets manglende evne til å gjøre seg forstått.....	s 42
Er oppmerksomheten alltid rettet motbarnet?.....	s 43
Utsatt for overgrep.....	s 44
Balanse mellom egne og andres verdier.....	s 45
Sykepleieren påvirkes som menneske.....	s 46
Forhold til sykepleierkollegaer.....	s 47
Men er dette nødvendig?.....	s 48
Behov for oversikt og kontroll.....	s 49
Relasjon mellom sykepleiere og leger.....	s 49
Kommunikasjon.....	s 51
Mangel på gjennomslagskraft.....	s 52
Hvem blir tatt hensyn til?.....	s 52
Medmenneskelig kompetanse og faglig innsikt.....	s 54
Legens erfaring som betydning for barnet.....	s 55
Foreldrene trenger hjelp til å bli kompetente.....	s 56
Foreldrerollen	s 56
Informasjon og veiledning.....	s 57
Velment skjerming.....	s 58
Narrativene.....	s 58
Situasjonene.....	s 59
Aktører.....	s 59
Narrativenes etiske problemområder.....	s 60
Hvorfor episodene huskes.....	s 60
Hva som skiller seg ut.....	s 61
Oppgjør med eget ståsted og rolle.....	s 61
6.0 DISKUSJON.....	s 63
Menneskebarnet.....	s 63
Barnet er fra fødselen et helt menneske.....	s 63
Barnets uttrykk.....	s 66
Møtet.....	s 67
Hvis de premature hadde hatt tenner.....	s 67
Forskjell på ideal og virkelighet.....	s 68
Noen ganger forsvinner menneskeligheten.....	s 69
Hvis foreldrene hadde visst.....	s 70
Hva er egentlig sykepleiernes oppgaver og ansvar?.....	s 72
Om å si ifra.....	s 73
Oversikt og bindeledd.....	s 73
Synet på sykepleieren.....	s 74
Assistent eller selvstendig yrkesutøver?	s 74
Gjensidig avhengighet.....	s 77
Egenskaper som betydning for smertelindring.....	s 77
Det er pasienten som må være hovedperson.....	s 78
Samhandling.....	s 78

Sykepleieren er også et menneske.....	s 80
Følelser.....	s 80
Maktesløshet.....	s 81
Om å holde ut i hjelperrollen	s 83
7.0 OPPSUMMERING MED ANBEFALINGER.....	s 85
Referanseliste	s 87
Vedlegg	
1. Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt	
2. Samtykkeerklæring	
3. Henvendelse om tilgang til forskningsfeltet	
4. Informasjon til avdelingssykepleiere	
5. Svar fra NSD	
6. Bekreftelse fra sykehus om tilgang til å rekruttere sykepleiere	
7. Intervjuguide	
8. Tabell	

1.0 INNLEDNING

Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I Nasjonal plan for nyfødtdmedisin (2001) konstateres at forskning har gitt innsikt og kunnskap om sykdommer. Sammen med teknologisk utvikling nevnes disse faktorene som hovedårsaken til økt overlevelse blant premature barn. Rapporten sier at det er en tydelig risiko for å påføre barnet ekstra lidelse gjennom overbehandling. Til tross for dette er kostnadene i form av smerter og lidelse for barna som behandles betydelig underfokuset. Smerter og smertebehandling er ikke tatt med som satsningsområde i denne rapporten. Ny teknologi og teknologiske fremskritt frembringer nye problemstillinger i forhold til syke nyfødte barn. Et barn født i 23. svangerskapsuke, har uker og måneders intensivbehandling foran seg. Fremskrittene gjør at man blir tvunget til å reflektere over og ta stilling til andre forhold enn selve det at barna overlever. Intensivbehandling medfører mange smertefulle og ubehagelige undersøkelser, prosedyrer og operative inngrep. Til tross for det smertefulle, er ikkemedikamentelle og medikamentelle smertelindrende tiltak i mange tilfeller ikke en integrert og naturlig del av intensivbehandlingen. Tall fra Nasjonalt fødselsregister (2001) viser at barn født etter 23. ukers svangerskap gjennomsnittlig har 37 dagers respiratorbehandling foran seg. Den intensive behandlingsperioden utgjør for barn født før 28. svangerskapsuke 2-6 uker. Varigheten av intensivbehandlingen øker jo lavere alder barnet har. En studie viste at smertelindrende medikamenter ble gitt i færre enn 35% av prosedyrene som helsepersonell anså som smertefulle (Simons & Tibboel, 2003).

Det er de senere år slått fast at premature barn, på tross av sin umodenhet, kjenner smerte (Anand & Hickey, 1987; Fitzgerald, 1991, 2005). Internasjonalt er det gjort mye forskning rundt smerteproblematikk, men til tross for den økte kunnskapen, får premature barn fremdeles utilstrekkelig og mangelfull smertebehandling. De utsettes daglig for små og store inngrep som hver for seg og i sum utgjør store belastninger for det enkelte barnet. Helsepersonells rolle i smertebehandlingen er sentral, men arbeidet med å endre og bedre

sykepleieres og legers holdninger og adferd har vist seg å ta lang tid (International Association for the Study of Pain (IASP), 2005)

IASP (2005) fastslår at det av humanitære og etiske grunner er et umiddelbart behov for å bedre barns smertebehandling. Ubehandlet smerte kan påvirke barns helse på kort sikt og deres livskvalitet senere i livet. IASP og European Federation of IASP Chapters (EFIC) har fastslått at smertelindring bør være en menneskerett og alle land oppfordres til å iverksette tiltak for å ivareta denne retten (PAIN, 2005). I tillegg til smertelindring som en menneskerett, støtter disse organisasjonene opp om verdens helseorganisasjons (WHO) arbeid for smertelindring generelt, smerter hos barn og personer med kommunikasjonsproblemer spesielt. Målet med arbeidet og støtten til WHO, er å få FN til å vedta en erklæring om smertelindring som menneskerett. FNs barnekonvensjon ble vedtatt av FNs generalforsamling i 1989 og inneholder tre artikler som er aktuelle for barn i sykehus. Artikkel 2 om ikke å diskriminere, artikkel 3 om å handle etter barnets beste og artikkel 12 om barnets rett til informasjon og medbestemmelse. I tillegg er artikkel 24 om helse aktuelt å ta hensyn til fordi den krever iverksettelse av tiltak for å avskaffe tradisjonsbestemt praksis som er skadelig for barns helse (FN-sambandet). Når barn fremdeles får utilstrekkelig smertelindring til tross for tilgjengelig kunnskap er det et felles ansvar å jobbe for å avskaffe gammel praksis.

I tillegg til FNs resolusjoner har helsepersonell en rekke nasjonale og internasjonale lover og retningslinjer å forholde seg til. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (YER), bygger på International Council of Nurses (ICN) etiske retningslinjer. Sykepleiere har fire grunnleggende ansvarsområder; fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Sykepleiere skal basere sin virksomhet på barmhjertighet, omsorg og respekt for det enkelte menneskets iboende verdighet (NSF, 2001).

Nasjonal plan for nyfødttmedisin utarbeidet på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet (2001) en rapport som anbefaler økt forskningsinnsats fra sykepleiere side i forhold til premature barn. Konsensuskonferansen om grenser for for tidlig fødte barn, fastslår at det er behov for mer forskning relatert til smerte og lidelse hos de ekstremt premature (Norges forskningsråd, 1998). Sykepleieforskning og forskning på smerte er således et område det

også nasjonalt er et definert behov for mer kunnskap. Helsepersonelloven fastslår at man skal handle forsvarlig og omhandler måten man utfører sykepleie på. Det forventes at man strekker

seg etter å oppnå best mulig pleie og omsorg. Mangel på samhandling mellom personell anses for eksempel å være uforsvarlig. Kravet til helsepersonell omhandler faglig forsvarlighet og hjelpen som ytes skal utføres på en omsorgsfull måte. Det siste innebærer å bli respektert og tatt hånd om som et helt menneske der følelser, forventninger, usikkerhet og spørsmål blir ivaretatt. Videre skal pasienten bli møtt med verdighet, innlevelse og imøtekommenhet. Helsepersonell forventes å ha ambisjoner om å utføre helsetjenester utover det som anses å være minstekrav (Molven, 2006). I tillegg til at dette legger føringer for hvordan pasienten skal ivaretas, innebærer det en betydelig innsats av medmenneskelig karakter fra helsepersonells side.

Forholdet mellom sykepleier og pasient vil være preget av et asymmetrisk maktforhold. Jo mer hjelpetrengende og avhengig en pasient er, jo større og mer fremtredende er asymmetrien. For å ivareta det moralske ansvaret må målet være opphevelse av dette asymmetriske forholdet. Bevisstheten rundt forskjellen vil bidra til å gjøre den svakeste part mektigere. Asymmetrien må være en bevegende tilstand og ikke preget av en statisk tilstand (Henriksen & Vetlesen, 2003). Barnet kan verbalt ikke uttrykke hva det ønsker. Bevissthet om maktforholdet vil være viktig for å huske at den sterkestes behov ikke bør komme foran barnets.

Gjennom flere år har jeg arbeidet ved en nyfødt intensivavdeling. De første årene hadde jeg, som mange andre, nok med å tilegne meg ulike tekniske ferdigheter og arbeidsoppgaver intensivbehandling av syke nyfødte barn innebærer. Etter hvert som jeg behersket en del grunnleggende ferdigheter kunne jeg konsentrere meg mer om det å observere det premature barnet. Observasjonene skapte nysgjerrighet på dette lille skjøre og umodne mennesket. Det utviklet seg en interesse og bevissthet rundt hva disse barna gjennomgår og at de ikke i tilstrekkelig grad smertelindres. De siste seks årene har fokus vært rettet mot smerteproblematikk og de konsekvensene ubehandlet smerte har for det umodne barnet. Det har stadig overrasket meg den begrensede kunnskap og manglende oppmerksomhet smerteproblematikk har både blant leger og sykepleiere. Med bakgrunn i kunnskap som finnes om smerter er det opplagt at det som er vondt for voksne også er vondt for barn. Jeg har

undret meg over og ikke forstått hvorfor ikke alle andre også ser ut til å se det problematiske i den manglende smertelindringen. Både faglig fordypning og erfaringen har synliggjort at mye av det som gjøres kunne vært gjort på en bedre og mer skånsom måte.

Komplekse forhold er i sving rundt smertelindring til det premature barnet. Etter hvert som arbeidet med studien har gått fremover, har det etiske fokuset i forhold til å se barnet som menneske blitt stadig mer fremtredende og betydningsfullt. Behovet for å se menneske fra et annet perspektiv enn det en vanligvis har anledning, til ble nødvendig for å synliggjøre hva som står på spill for det premature barnet som person og menneske. Etisk filosofi dukket opp og traff meg som det overordnede fokuset. Det etiskfilosofiske fokuset har gitt verdifullt bidrag til refleksjon rundt menneskets egenverd og menneskelige relasjoner.

Presentasjon av tema og problemstilling

Tema for oppgaven er smertelindring til premature barn og utfordringer smertelindring byr på for sykepleierne. Fokus er situasjoner der smertelindring er eller har vært problematisk, og på en eller annet måte har gjort inntrykk på sykepleieren.

Problemstillingen for studiet er som følger:

Hva beskriver sykepleiere er utfordringene når det gjelder god smertelindring hos det premature barnet?

Studiens mål og betydning

Kunnskap om smerte og smerteproblematikk finnes, men forskning viser at kunnskapen ikke benyttes i praksis. Dette studiet har som hensikt å belyse sykepleieres erfaring med utilstrekkelig smertelindring hos for tidlig fødte barn. Erfaringene sykepleierne har, og refleksjonene de gjør kan bidra til å synliggjøre dilemmaer knyttet til hvorfor barna får for dårlig smertelindring. Ved å synliggjøre slike faktorer kan man få kunnskap som sier noe om

hva slags tilnærming man kan benytte for å bedre eller endre praksis. Derfor er Sykepleiernes egne vurderinger viktig for å kartlegge hvor problemområdene rundt smerteproblematikk hos premature barn er. Internsjonalt er det gjort noen slike studier, men søk viser at det i Norge er få publiserte studier med dette fokuset. Det kan derfor være viktig å se på norske forhold.

Begrepsavklaringer

Å være født prematur er definert som å være født før 37. fullgatte svangerskapsuke. Disse barna har sykdommer eller problemer av ulik karakter og alvorlighetsgrad. Slik sett er premature barn ikke en ensartet pasientgruppe. De aller minste premature får varierende grad av intensiv behandling og jo yngre barna er jo mer aggressiv er denne behandlingen. Stor belastning og umodenhet hos barna gjør smertelindringen spesielt utfordrende og vanskelig. Det er smerteproblematikk til premature barn med gestasjonsalder (GA) mellom 22. og 28. uke denne studien tar utgangspunkt i. I Prosjekt ekstrem prematuritet defineres ekstrem premature barn å være barn født mellom 22. og 28. svangerskapsuke, og/eller med fødselsvekt under 1000 gram (medisinsk fødselsregister).

Sykepleierne som er intervjuet har ulik kompetanse. De fleste har videreutdanninger innen ulike retninger, men alle betegnes som sykepleiere. Noen ganger betegnes de som respondent. Betegnelsen hun er konsekvent benyttet om sykepleierne, noe som ikke er ment som en diskriminering overfor mannlige sykepleiere, men er av rent praktisk karakter.

Narrativene betegnes noen steder som historier og de er ment å ha samme betydning som narrativer. Presisering av hva som legges i begrepet narrativ er spesifisert i kap. 4 s.31.

Ordet utfordringer kan synes som et vidt begrep. Etter nøye vurderinger har jeg valgt å ikke avgrense eller definere begrepet. Valget falt på å la utfordringer defineres av sykepleierne selv fordi jeg på forhånd ikke kunne vite hva sykepleierne kom til å vurdere som utfordringer.

Tilfredsstillende og god nok smertelindring er begreper som benyttes. God nok smertelindring er individuelt fordi smerte defineres av pasienten selv. I premature barns tilfeller er den

smerten de viser avhengig av helsepersonells kunnskap om hvordan smerte uttrykkes. Tilfredsstillende og god nok smertelindring kan ikke defineres på annen måte enn at smerte er det sykepleiere med kunnskap om smerter sier og vurderer at det er.

Avgrensning

På bakgrunn av den store mengden informasjon intervjuene har gitt har jeg måttet gjøre valg i forhold til avgrensning. Narrativene kunne vært presenter mer inngående og for seg selv. Kun ett narrativ er gjengitt i sin helhet. Narrativene er bakgrunn for refleksjoner sykepleierne gjorde i forhold til barnets menneskelighet. De har også betydning for hvordan sykepleierne har det med seg selv og sine medarbeidere i sin arbeidshverdag. Videre gir narrativene betydelig informasjon om smerteproblematikkens ulike etiske sider.

Begrensning er gjort i forhold til antall temaer som er trukket inn diskusjonen. Det er mange viktige temaer som er utelatt, men det utvalget som er gjort anses som både viktig og interessant. Både makt og samarbeid kan innvirke på sykepleierens handlingsrom og rolle i intensivbehandlingen. Men hverken makt eller samarbeid i seg selv vil bli problematisert opp mot eksisterende forskning.

Behandlingen av svært premature barn er nært knyttet opp mot spørsmål om behandling eller ikke behandling. Dette spørsmålet er ikke fokus for oppgaven og hverken tatt stilling til eller diskutert. Fokuset er rettet mot det faktum at barna som er født er utsatt for mye smertefullt og det er denne problematikken som fokuseres.

Egen erfaring som sykepleier ved en nyfødteintensivavdeling har vært med på å prege valg av tema og problemstilling. Selv om jeg har vært bevisst på og jobbet med min for forståelse kan det ikke utelukkes at kunnskapen ubevisst har vært med på å påvirke studiet. Gjennom studiet opplever jeg å ha utviklet meg og jeg har latt meg overraske i forhold til nye måter å se ting på. Mine respondenter har gitt meg ny og bredere innsikt og selv om jeg kan kjenne igjen noe av det som kommer frem i studiet, er andre ting nytt og overraskende. Nye synsvinkler har gitt nye spørsmål, mange står uesvart og er fremdeles gjenstand for undring.

Oppgavens oppbygning

I kapittel to redegjøres det for hvor og hvordan litteratursøkene er foretatt. Kapitlet presenterer videre forskning rundt ulike sider og forhold ved smerteproblematikk til det premature barnet.

Kapittel tre presenterer det teoretiske rammeverket. Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Emmanuel Levinas sin etisk/filosofiske betraktninger rundt medmenneskelighet og den Annens humanisme er forsøkt presentert på en oversiktlig og forståelig måte.

I metodekapitlet gjøres rede for den metodologiske tilnærmingen rede for. Videre presenteres fremgangsmåte for hvordan data er innhentet. Analyseprosessen presenteres og gjøres rede for. Studiets troverdighet er en betydelig komponent i prosessen og er forsøkt presentert samlet selv om troverdighetskriterier også fremkommer i andre deler av dette kapitlet. Forskningsetiske overveielser presenteres sist i kapitlet.

Kapittel fem presenterer studiet funn. Innledningsvis presenteres et av narrative slik at leseren kan få et innblikk i hva slags situasjoner som er en del av hverdagen ved norske nyfødtavdelinger. Historien er representativ fordi den inneholder mye av problematikken som kommer frem også i de andre narrative. Deretter presenteres funn fra den tematiske analysen. Til sist i kapitlet blir hovedlinjene i narrative presentert.

Diskusjonen presenteres i kapittel seks og er delt inn i fire hoveddeler. Hovedtyngden av diskusjonen er valgt diskutert opp mot funn og teoretisk rammeverk. Forskningslitteraturen er i stor grad benyttet for å legitimere behovet for prosjektet. Først diskuteres synet på barnet som menneske. For å gjøre nødvendige avklaringer om hva et menneske er, har Monsen og Vetlesen & Henriksens betraktninger bidratt ytterligere til en utvidet forståelse av spørsmålet om menneskelighet. Del tre tar for seg sykepleierens oppgaver og viser ulike syn på sykepleierrollen. Del fire omhandler hvilken rolle foreldrene spiller for barnet og hvordan sykepleierens omgang med foreldrene kan påvirke samspillet mellom barnet og foreldrene. Til sist presenteres en modell for samhandling som er utviklet på bakgrunn av funnene i studiet.

I oppgavens syvende og siste kapittel presenteres oppsummering med anbefalinger.

2.0 LITTERATURGJENNOMGANG

Kapittelet presenterer utvalgt forskning innenfor temaområde smerte hos premature barn. Databaser det er gjort søk i er PubMed, Medline Ovid, CINAHL, Cochrane og Vård i Norden. Søkeord som er benyttet; pain, premature, infant, parents, assesment tool, nurse, newborn. Der det var hensiktsmessig ble de norske utgaven av ordene valgt. Søkene er foretatt i forkant av studien for å se hva som foreligger av forskning. Søk er foretatt jevnlig i løpet av prosjektperioden. Problemstillingen omhandler hva sykepleiere oppfatter som utfordringer når det gjelder smertelindring til premature. På bakgrunn av temaer sykepleierne fokuserte på, ble det nødvendig å utvide litteratursøk utover det som var direkte relatert til de premature barna. Forhold som omhandler det å være sykepleier i etisk vanskelige situasjoner blir derfor presentert. I tillegg til databasene som er nevnt søk foretatt i ISI Web of Knowledge. Søkeord i denne forbindelse er; ethics, stress, nurse, moral responsibility og narrative.

Forskning rundt smerteproblematikk hos premature barn

Historisk sett er forskning og oppmerksomhet rundt nyfødte og premature barns smerte et relativt nytt område. En studie av Schechter & Allen (1986) viste at 40% av et utvalg barneleger, kirurger og allmennleger mente at barn ikke kunne kjenne smerte før de var en måned gamle. På 90-tallet hadde det skjedd en endring i oppfatningen og 99,7% av de legene som arbeidet med nyfødte, mente at de fra fødsel kjente smerte (McLaulin, Hull, Edwards, Cramer, Dewey, 1993). Antagelsen om at premature ikke kunne kjenne smerte har sin bakgrunn i et umodent nervesystem. Man har antatt at siden nervesystemet har vært umodent, er evnen til å kjenne smerte redusert eller fraværende. Men manglende respons vil ikke si det samme som at de ikke kjenner smerte (Fitzgerald 1991). Forskning viser at umodenhet gir øket smertefølsomhet og at smertene kan være vanskelige å lokalisere. Smerten kan kjennes i et større område eller andre områder enn der smerten er påført (ibid). Tidlig eksponering for smerter kan gi varig skade og endret smerterespons (Fitzgerald 2005; Carbajal, Gall,

Annequin, 2004; Hummel & van Dijk, 2006). Signaler på smerte kan blant annet gjenkjennes i det premature barnets ansiktsuttrykk, tonus, gråt og våkenhetsgrad. Fysiologiske responser

er endret hjerterytme, endret respirasjon, endring i blodtrykk og lavere saturasjon (Hummel & van Dijk, 2006; Holstii, Gruneau, Oberlander, Whitfield; 2004). Mange smertefulle stimuli eller pågående og langvarige smerter kan imidlertid føre til at premature viser mindre respons på smerte og signalene blir svakere. Ansiktsmimikken avtar, gråten blir svakere, eller det kommer ingen lyd dersom barnet er intubert (Gruneau, Holstii, Peters, 2006; Craig, Whitfield, Gruneau, Linton, Hadjistavropoulos, 1993). Hvis barnet får sederende medikamenter, vil smertesignalene kanskje ikke komme til uttrykk i det hele tatt (Hummel & van Dijk, 2006; Craig et.al 1993). Alvorlighetsgraden av sykdom kan også redusere muligheten for å vise smerte. Uspesifikke og utydelig tegn på smerte kan gjøre det vanskelig å vurdere om og hvor store smerter det premature barnet har (Hummel & van Dijk 2006).

Konsekvenser av ubehandlet smerte

I nyfødtavdelings høyteknologiske miljø gjennomgår de svært premature barna en rekke smertefulle stimuli og inngrep. De aller minste barna er de som er mest sårbare og de har blant annet økt fare for hjerneblødning. De gjennomgår flest smertefulle stimuli, men får minst mengde opioider i sitt første levedøgn sammenliknet med større barn (Stevens et al, 2003). Foruten den umiddelbare smerten og den påkjenningen det utgjør for barnet, kan senskader i form av psykisk og fysisk handikap være alvorlige (Gruneau et al, 2006, Rennie, Jhonstone, Dogherty, Platt, Richie, 2002). Det er imidlertid behov for mer kunnskap både om senskader av ubehandlede smerter og effekten av opioider på den premature hjernen (Hummel & van dijk, 2006). Både ubehandlet smerte og eksponering for opioider på den umodne hjernen ser altså ut til å ha negative konsekvenser.

Hjelpemidler

Som hjelp til å identifisere smerte er det de siste årene utviklet en rekke verktøy i form av smerteskåringsskjemaer (Bertilsson & Sjøstrøm, 2005). De fleste smerteskåringsskjemaene er imidlertid utviklet for å måle akutt smerte og ikke pågående smerte. I tillegg til at premature barn har uspesifikke reaksjoner på smerte, er mange av tegnene på akutt smerte fraværende

hos barn som har pågående eller langvarige smerter. Det er derfor problematisk å vurdere denne typen smerter og resultatet blir at smertene ikke blir tilstrekkelig lindret. Erfaring i bruk av smerteskåringsskjemaer er helt nødvendig for å kunne vurdere smerten så nøyaktig som mulig. Mangel på opplæring og erfaring viser seg også å være et hinder for korrekt smertevurdering (Anand, 2007).

Smertelindrende tiltak

Det finnes flere ulike tiltak for å redusere stress og smerte, både i form av ikke-medikamentell og medikamentell behandling. Ikke-medikamentelle tiltak kan være å endre leie, redusere stressøkende faktorer som sterk lyd og lys. Å gi støtte rundt barnets kropp vil fremme trygghet og balanse. For å og imøtekomme premature barns spesielle omsorgsbehov er det utviklet en spesiell observasjonsmetode; Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) (Als, 1982). Metoden er utviklet av den Amerikanske psykologen Heidelise Als fordi hun ønsket å øke helsepersonells kunnskap om for tidlig fødte barn slik at behandlingen av og omsorgen for barna ble bedre (Als, 1986). Under observasjon av barna ser man etter en rekke tegn for å bestemme hvordan barna har det og hva de trenger av tiltak for å være i balanse. I en studie for å identifisere om noen av disse tegnene kunne være reaksjoner på smerte, fant man at 8 av 85 uttrykk kunne relateres til smerte (Holsti, Gruneau, Oberlander, Withfield, 2004). Slik kan observasjonsmetoden være et bidrag til å identifisere smerter. Medikamentelle tiltak kan gis i form av sukrose på smukk, paracetamol eller opioider. Ved å endre praksis fra å foreta rutinemessige blodprøver, til å ta prøver etter barnets individuelle behov, vil man kunne redusere antall smertefulle stimuli. Reduksjon vil minske det totale stresset barnet utsettes for (Carbajal et al, 2004).

Kunnskap og hindringer

En norsk studie viser at sykepleiere har mer kunnskap om ikke-medikamentell smertelindring enn legene. Legenes kunnskap om smertelindring konsenterer seg om den medikamentelle delen. Studien viste også at leger i mindre grad enn sykepleierne hadde kunnskap om å

identifisere smerte og evaluere effekt av tiltak. Videre peker studien på at samarbeid er viktig for å optimalisere smertelindringen og at mangel på kunnskap er hindringer for adekvat smertelindring. Selv om studiet ikke har spesielt fokus på premature barn, er studien interessant fordi det i Norge er publisert få studier innenfor dette området. Studiets hensikt var å beskrive helsepersonells oppfatning om kunnskap og barrierer i smertebehandlingen av nyfødte (Andersen, Greve-Isdahl, Meberg, Jylli, 2007). Studier viser at det er mange hindringer og utfordringer som ligger til grunn for at premature barn skal få smertelindring som er tilpasset deres behov. I dette avsnittet presenteres en rekke hindringer. Selv om det er gjort mye smerteproblematikk hos premature, viser det seg at kunnskapen ikke blir brukt i praksis (Halimaa, Vehvilainen-Julkunen, Heinonen, 2001; Jordan-Marsh, Hubbard, Watson, Hall, Miller, Mohan, 2004). Svake og atypiske signaler på smerte er årsakene til at smertene kan være vanskelige å identifisere (Andersen et al, 2007; Brown & Timmins, 2005; Hamers, Huijter Abu- Saad, Schmacher, 1994). Sykepleieren tilbringer mest tid med barnet og har best forutsetninger for å observere og gjøre vurderinger i forhold til barnets behov. Manglende oppmerksomhet på forskningsfunn og manglende bruk av tilgjengelig kunnskap i praksis er hindringer (Halima et al, 2001). Andre faktorer som påvirker er sykepleieres erfaring, arbeidsbyrde og holdninger (Hamers, et.al, 1994). Mangel på tid (Andersen et al, 2007) vil kunne være et hinder som faller under sykepleierens totale arbeidsbyrde. For mye fokus på behandling, diagnose og rutiner kan være hindringer mellom barnet og dem som hjelper (Hamers et al, 1994). Slike hindringene kan medføre at man ikke mottar appellen om hjelp fra den andre (Sørli, Lindseth, Førde, Norberg 2003a). På bakgrunn av hindringene står barnets behov i fare for å komme i annen rekke eller bli oversett. Mangel på ordinasjoner av medikamenter er ytterligere en faktor som kan være en barriere (Andersen et al, 2007). Mangel på ordinering av medikamenter er funn som avviker i forhold til andre studier. Endring i holdninger nevnes som tiltak for at sykepleiere skal bruke tilgjengelig kunnskap (Breau et al, 2006; Brown & Timmins, 2005). En Nederlandsk studie viser imidlertid at

kunnskap og holdninger endres ved opplæring (de Ronde, de Wit, van Dam, van Campen, den Hart, Klievink, 2000). For å endre praksis må vi ha mer kunnskap om sykepleierens vurderinger, kunnskap og holdninger til smertelindring hos barn (Brown & Timmins, 2005). Mer kunnskap og oppmerksomhet rundt hva sykepleiere legger til grunn for sine vurderinger etterlyses (Siirka-Liisa 2001; Breau et al, 2006). Evaluering av tiltak må til for å vite hva slags effekt barnet har av medikamentene. Samarbeid for å oppnå optimal smertelindring er avgjørende, men kommunikasjonsproblemer mellom helsepersonell nevnes som en betydelig

barriere for adekvat smertelindring (Smeesters, Johansson, Coppens, Blum, Vanderlinden, Kahn, 2005; Andersen et al, 2007). Vurdering av smerter kan være ulikt hos personer med ulik kompetanse og ståsted. Et eksempel på ulike vurderinger illustreres av Smeesters et al (2005). Studien ble utført for å sammenlikne foreldre, sykepleiere og legers vurdering av smerte i henhold til et smerteskåringsskjema. Foreldrene vurderte barnets smerte som mer tilstedeværende enn det leger og sykepleiere gjorde. Helsepersonellets vurderinger stemte bedre overens med smerteskåringsskjemaet enn foreldrenes vurdering. I perioden der barna var sykest, vurderte foreldrene at barna hadde det bedre, mens sykepleiere og leger mente det motsatte. Sykepleiernes vurderinger lå mellom foreldrene og legens oppfatning. Sykepleierne i nevnte studie etterlyste bedre kommunikasjon fra legens side. Foreldre, sykepleiere og leger kan ha ulikt fokus som innvirker på de vurderingene som gjøres og vil ha konsekvenser for hva slags tiltak som settes i verk. Kommunikasjon vise seg å være viktig for å komme frem til et godt resultat for barnet.

Foreldrenes bidrag

Foreldrene er sjelden delaktige i smertelindringen og bør trekkes mer inn slik at de kan være med å bidra og få følelsen av å være delaktige (Bertilsson, 2006). Carbajal et al (2004) peker på at foreldre burde være viktige deltagere og bidragsytere i smertelindringen til barnet og at helsepersonell burde veilede i smertelindrende strategier og oppmuntre foreldrene til å delta. En studie av Pölkki, Pietilä, Vehvilainen-Julkunen, Laukkala, Ryhänen (2002) viser at foreldrene til barn på 8-12 år som gjennomgår kirurgisk inngrep, opplevde at de ikke hadde en klart definerte rolle i barnas smertelindring. Til tross for at foreldre opplever bekymringer,

frykt, hjelpeløshet og depresjoner når de har syke barn, ønsker de informasjon om barnas smertelindring.

I forbindelse med prosedyresmerter kan foreldre bidra ved å holde og støtte barnet. Dette kalles "facilitated tucking" og viser at barn som er intuberte og gjennomgår suging i tube og nese viser mindre utslag på en smerteskåringskala enn barn som ikke ble holdt. Barna som fikk hjelp til å holde seg samlet, roet seg forttere (Axelin, Salanterä, Lehtonen, 2005). Studien viste at 19 av 20 foreldre syntes det var en positiv opplevelse å kunne bidra overfor barnet. KangarooCare er en annen måte kan bidra på og innebærer at en av foreldrene bærer barnet

inntil seg slik at det får hudkontakt. Barn som blir båret av foreldrene sover bedre, holder varmen, respirasjonen blir stimulert og barnet får større toleranse for mat (Nyqvist, 2004). Større premature som ligger på mors/fars bryst mens det blir tatt blodprøver, reagerer med å vise mindre tegn på smerte. Det er behov for studier på denne metodens effekt på mindre premature barn (Johnston et al, 2003). Et høyteknologisk behandlingsmiljø trenger ikke være et hinder for KangarooCare (Nyqvist 2004).

Helsepersonell

I kjølevannet av utvidede behandlingsmuligheter oppstår etiske dilemmaer når barnet utsettes for smerter og lidelser som ikke blir lindret. Mulighetene påvirker også helsearbeiderne fordi dilemmaene legger et enormt press på helsearbeiderne (Sørli, Lindseth, Udén, Nordberg, 2000; Sørli, Lindseth, Førde Nordberg, 2003b; Sørli, Kihlgren, Kihlgren, 2005).

Sykepleierne har gjennom sin rolle en sentral og koordinerende funksjon i det hun kjenner barnet og foreldrene godt og hun fungerer som et bindeledd mellom foreldre og leger (Sørli, 2000). For at barna skal få en individuell og hollistisk smertelindring, kreves det gode kunnskaper og innlevelse fra sykepleiernes side (Bertilson & Sjøstrøm, 2005). Selv om sykepleierne anser det som viktig å være åpen og sensitiv både overfor barnet, foreldrene og egne følelser er ikke slike hensyn og krav uten videre enkelt å imøtekomme (Sørli et al 2003a).

Frustrasjon og følelse av utilstrekkelighet kan medføre for sykepleieren at hun velger å søke seg vekk fra arbeidet i intensivavdelingen (Sørli et al, 2005). Sørli konkluderer ut fra sitt materiale at sykepleierne i studien ser ut til å ha tilpasset seg og godtatt frustrasjon og utilstrekkelighet som en del av sin arbeidshverdag. Begat, Ikeda, Amenijya, Emiko, Iwasaki, Severinsson (2004) peker på at for store arbeidskrav, mangel på tid og å være eksponert for etisk vanskelige dilemmaer, kan medføre redusert moralsk sensitivitet. Ivaretagelse av den som yter omsorg anses som viktig fordi måten den psykiske helsen er hos som hjelper påvirker kvaliteten på pleien som ytes (Bégat & Severinsson, 2006). Et ønske om å utøve god omsorg innebærer å være moralsk ansvarlig. Moralsk ansvarlighet kan beskrives som å være i en relasjon styrt av et indre kompass bestående av egne idealer, verdier og kunnskap som gir

seg uttrykk i streven etter å gjøre godt (Lindh, Severinsson, Berg, 2007). Det å kjenne på sin samvittighet kan sikre at man ikke bare følger ytre krav, men tar hensyn til egne etiske krav og standarder (Sørli et al, 2005). Moralsk stress blir resultatet når det oppstår en ubalanse mellom de krav som stilles fra arbeidsmiljøet og sykepleieres mulighet til å utføre sine arbeidsoppgaver. Sykepleieren trenger moralsk støtte for å kunne utvikle personlige kvaliteter, integrere kunnskap og refleksjon rundt egen rolle (Severinsson & Kamaker, 1999). Følgene av et stressende arbeidsmiljø som ikke blir imøtekommet med forståelse og refleksjon kan føre til depresjon, utmattelse og utbrenthet. Verdens helseorganisasjon fremhever behov for et tryggere og sunnere arbeidsmiljø og Bégat, og Severinsson (2006) har foretatt en studie på hvordan klinisk veiledning kan virke positivt inn på sykepleieres psykososiale arbeidsmiljø. Klinisk veiledning blir sett på som et viktig bidrag for å hjelpe sykepleiere til å takle stress i sin arbeidshverdag og gir økt tilfredshet i det psykososiale arbeidsmiljøet. Betydningen av omsorgen som ytes blir tydelig når sykepleierne ser at klinisk veiledning innvirker positivt på egen eksistens og velbefinnende. Erkjennelse over egen betydning og verdien av god omsorg fører til selverkjennelse. Et miljø som tilbyr sykepleiere frihet til å handle og mulighet til å påvirke vil gi sykepleiere selvtillit (ibid). Et tilfredsstillende arbeidsmiljø bemyndiger sykepleieren ved å tilby frihet til å handle og mulighet til å påvirke. I tillegg til bemyndigelse anses en sunn organisasjon å ha et miljø der gjensidig respekt, sterke verdier og åpen kommunikasjon er fremtredende (Begat & Severinsson 2006). Kvaliteten på den pleien som pasientene tilbys blir bedre i et positivt

arbeidsmiljø. Økt samarbeid anses som et viktig aspekt i den forbindelse. (Bégat & Severinsson, 2006).

3.0 TEORETISK RAMMEVERK

Sykepleie til det premature barnet innebærer både omsorg og nærhet. Barnet er på bakgrunn av manglende muligheter til å ivareta egne behov avhengig av at helsepersonell gir god nok smertelindring. I den teoretiske underbyggingen støtter jeg meg til omsorgsteoretikeren Kari Martinsen og nærhetsetikeren Emmanuel Levinas sine tanker om ansvaret for den andre. Når jeg har valgt både Martinsen og Levinas som teoretisk rammeverk, er det fordi jeg opplever at de belyser hva som ligger i medmenneskelighet fra ulike vinkler. Martinsen viser gjennom øyet og kallet at det er ulike måter å se på. Ansvaret for den andre ligger i meg selv og hvordan jeg rammes og eventuelt velger å handle. Det er en dimensjon om hva som må være tilstede hos meg og der handlingen starter i egenskaper som er tilstede hos jeg'et. Levinas er opptatt av apellen fra den annens ansikt, hva den andre uttrykker rammer meg. Selv om det å ta imot appellen fra den andre er avhengig av min åpenhet, så starter "mulighetene" hos den andre. Jeg opplever at tankene til Martinsen og Levinas har en utfyllende dimensjon i forhold til menneskelighet og medmenneskelighet. Åpenheten er tosidig, nemlig åpenhet hos meg og åpenhet hos den andre. Menneskelighet og medmenneskelighet vil gi seg uttrykk i en omsorg inneholdene premissene Martinsen legger i det som er sykepleie. Dette har relevans for sykepleien og det som ligger i omsorgsdimensjonen. Neste avsnitt innleder med Martinsens beskrivelse av hva sykepleie innebærer. Den faglige forankringen ved å trekke inn disse tenkerne ligger i ansvaret vi har, og tilliten pasientene gir oss og som de må forvente blir tatt imot av oss som medmennesker og fagpersoner. Den andre har behov for å bli ivaretatt og pasienten tilkjennegir i en eller annen form et behov. For å få til dette på en god måte er man avhengig av en relasjon som fordrer åpenhet og vilje hos begge parter. Utgangspunktet må være at sykepleieren har ønske om å yte omsorg.

Omsorg

Sykepleie er fundamentert i omsorg: "Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i

aktelsens språk” (Martinsen 2003, s.38). I følge Escolas ordbok betyr det å akte å verdsette, respektere, bry seg om og ta hensyn til. Aktelse forklares som respekt (Escolas ordbok, 1995) og kan tolkes med begrepene som er beskrevet for verbet å akte. Martinsen (2003) sier at omsorgsmoral er å handle ut fra prinsippet om ansvar for den svake. Ved å reflektere rundt fortellingen om den barmhjertige Samaritan, ønsker Martinsen å gi noen bilder på hva omsorg er og hva omsorg ikke er. Omsorg er ikke når man uavhengig av årsak går forbi den hjelpetrengende. Omsorg er at man handler og omhandler også måten man utfører handlingen på. Omsorg har en relasjonell, praktisk og moralsk side (Martinsen, 2003). Omsorgen for pasienten er relasjonell fordi det foregår et samarbeid mellom sykepleier og pasient. Den praktiske delen av omsorgen vil vises gjennom de handlingene sykepleieren utøver i forhold til pasienten. Den moralske siden av omsorgen går på å handle ut fra prinsippet om ansvar for den svake (Martinsen, 2003).

Ulike måter å se på

Martinsen har i Øyet og Kallet (2000), brukt liknelsen om den barmhjertige samaritan til å illustrere at det er ulike måter å se på. Den halvdøde mannen i veikanten blir sett med ulike øyne. Presten og Levitten velger å gå forbi, de setter til side den moralske lov om å hjelpe en nødstilt. Samaritanen stopper for å bistå en hjelpetrengende fremmed idet han rammes av den andres nød. Samaritanen rammes på en slik måte at han stoppet og hjalp den halvdøde mannen. Fortellingen viser at det å ikke nødvendigvis er det samme som å se! Når man sanser og når man registrerer bruker man øynene å se med, men innholdet i betydningen av begrepene er forskjellig. Martinsen fremhever at det å registrere er å se for å finne likheter og fellestrekk. Man ser fra et utenfraperspektiv for å klassifisere og sette ting i en sammenheng. Når man klassifiserer forsvinner det særegne og spesielle ved det andre menneske. Det å registrere henger sammen med industrialiseringen og teknologien der det å rangere, klassifisere og sette ting i et system gjør det lettere og mer effektivt å handle (Martinsen, 2000). Å være profesjonell har vært forstått som å holde avstand og betrakte utenfra, uten å være for involvert og å vise følelser. Klassifiseringen oppfattes å være en del av det å være profesjonell. Menneske står da i fare for å bli redusert til et objekt (Martinsen 2000). Det som er enestående og spesielt for det enkelte menneske blir borte og man er bare en blant mange

Levinas (2002) sier at dersom vi ser i ansiktet for å se etter fargen på øynene, trer vi ut av det menneskelige forhold til den andre og gjør ham til et objekt. ”Den registrerende måten å se på er å være likegyldig fordi å se etter fellestrekk gjør at det levende menneske blir borte” (Martinsen, 2000). Etisk fordring vil si at vi har et ansvar for den andre fordi han er et menneske. På grunn av den menneskelige utlevertheten bærer vi noe av den andres liv å vår hånd. Vi har et ansvar for å ivareta den andre. Den etiske fordring er å ta imot det av den andres liv som er lagt i vår hånd. Den etiske fordringen opprettholdes av de spontane livsytringene; tillit, talens åpenhet, barmhjertighet, håp, medfølelse og indignasjon (Løgstrup, 2000). Martinsen har omskrevet Løgstrups metafor om tilliten som er gitt oss ved at hun sier at vi har noe av den andre i vårt øye. Vi har ansvar for pasienten ved at vi ser hans behov.

Å se med hjertes øye

I tillegg til å være en bibelsk betegnelse henviser ”det å se med hjertets øye” til noe vi kan kjenne igjen. Begrepet utdyper sansningens vesen (Martinsen, 2000). Hele kroppen til samaritanen ble berørt da han så den halvdøde manne. Han tok inn over seg mannens lidelse og samaritanen kjente det på egen kropp ved at det satte i gang en rekke følelser i ham. Hele hans kropp ble berørt og ved beskrivelsen av hvordan dette gikk inn på samaritanen, setter Martinsen inn i analogi til hjertet, ved å si at ”det skar i hjertet”. Hjertet blir et bilde på Samaritanens tilstedeværelse. Samaritanen identifiserte seg med mannen som menneske ved at han kjente hans lidelse i kropp og tanke (Martinsen, 2000). Samaritanen viste sin medmenneskelighet. Å se med hele kroppen viser til et samspill mellom Samaritanen og den hjelpetrengende. Mannens situasjon ble forstått ved at Samaritanen identifiserte seg med mannen som menneske som seg selv, men som er forskjellig fordi det er den andre som trengte hjelp (Ibid, 2000). Det individuelle behovet hos mannen ble sanset og forstått.

Å se med hjertets øye, det deltagende oppmerksomme øye, får den andre til å tre frem som betydningsfull. Den etiske fordring kommer inn på livet av samaritanen, som nødes til å svare på den med å handle praktisk. Samaritanen så med hjertets øye, med hele kroppen, som var smertelig åpen og mottagende, vendt mot den andre, oppmerksomt for også med tanke og vilje å forsøke og forstå hva som er på spill” (Martinsen, 2000, s.21)

Samaritanen identifiserte seg med mannen fordi hans sansning gjorde seg utslag i sterke følelser. Sansningen er et uttrykk for et fellesskap og stiller krav om umiddelbart handling fra

meg som medmenneske. Dette presenteres som spontanetikk og er en etisk oppfordring om å være sensitiv (Martinsen, 2000).

Å sanse og forstå

Det er en sterk sammenheng mellom det å sanse og det å forstå. Likevel er sansning og forståelse to ulike begreper. Sansningen innehar følelser og forståelsen er fremkommet gjennom refleksjon. Forståelse innebærer derfor en kognitiv virksomhet. Selv om begrepene er forskjellige er de knyttet tett til hverandre i et samspill (Martinsen, 2000). Hun hevder videre at alle sanser det samme og at det utløser en ulik forståelsen fordi vi er påvirket av avstand, tradisjon og kultur. Det enkelte menneskets bakgrunn er forskjellig. Slik vil vurderingene den enkelte foretar være avgjørende for hva slags hjelp den andre får og hjelpen vil være avhengig av den enkeltes bakgrunn, holdninger, kunnskap og vurderinger.

Den personorienterte profesjonaliteten

Martinsen utfordrer den allmenne oppfattelsen av profesjonalitetsbegrepet. Sansningen er viktig for å favne det som ikke er felles, men det spesielle ved det enkelte menneske. Det som ligger i sansningen er at den gir adgang til menneskets verden og tilværelse. De seende følelser åpnes gjennom sansningen og man får tilgang til denne verdenen. Å sanse er ifølge Martinsen (2000) å ta inn over seg og se den andre som en unik person. En har da mulighet for å kunne ivareta pasientens menneskelighet. Hun kaller dette den personorienterte profesjonaliteten;

Å være profesjonell er å spørre etter fagkunnskapen for å gi muligheter for å se pasienten som et lidende menneske, og som verner hans integritet. Det utfordrer den profesjonelle faglighet og menneskelighet i en vennlig vekselvirkning, forbundet i en felles grunnerfaring om å beskytte å ta vare på livet (Martinsen, 2000 s 12).

Balanse mellom likhet og forskjell

Øyet er både mottagende og utforskende, og det handler om å finne en balanse og en ro mellom å se åpent og liketil på den ene siden og å lære å se nytt og utvidet på den andre.....det er å se det betydningsfulle i ethvert menneske (Martinsen, s.26).

Sykepleieren må være nysgjerrig på å finne ut hvem akkurat dette mennesket er og hva slags behov han har. At sykepleieren ser likheter og forskjellene betyr at hun har et deltagende oppmerksomt øye”. Balansen mellom det å sanse og det å registrere ser ut til å være en utfordring. For som Martinsen (2000) sier at man fort kan havne i situasjoner der man registrerer fremfor å sanse og menneske står i fare for å bli redusert til et objekt (Martinsen, 2000). Dersom pasienten ikke blir sanset og sykepleieren ikke tar inn over seg pasienten som unik person utviskes integriteten står pasienten i fare for å bli redusert til et objekt: ”urørlighetssonen brytes og er ikke noe som lenger tilhører oss. Vi har alt i vår makt og intet er unndratt vår makt. Dette er skamløst.....den travle verdens dumme øye ser bare menneskets verdi knyttet til virksomhet og produktivitet” (Martinsen, 2000 s.28). I denne verdenen vil ordet individ kunne være tilfredsstillende å benytte.

Den Annens Humanisme

Verket ”Den annens humanisme” er grunnlaget for denne presentasjonen av Levinas sine tanker om Den annens ansikt. I tillegg benyttes et brev skrevet post mortem fra filosofen Asbjørn Aarnes til Levinas. Brevet ble delt ut til deltakerne på et seminar våren 2007 som jeg var jeg så heldig å få delta på. Brevet er foreløpig upublisert, men er planlagt publisert høsten 2007. Aarnes presenterte på seminaret sin forståelse av filosofien omkring den Annens ansikt. Han la grunnlag for en samtaledialog mellom seg og deltakerne. På samlingen var også Arne Johan Vetlesen til stede og i presentasjonen under er det i tillegg til litteraturen som nevnt over henvist til dette møtets berikende og til tider oppklarende utlegninger.

Åpenbaringen av den andre er forstått som noe åndelig som oppstår i møtet mellom den andre og meg. ”Den annen som tilkjennegir seg i ansiktet, bryter på en måte gjennom sin egne plastiske vesensform, likesom når et menneske åpner vinduet hvor dets bilde likevel allerede avtegner seg...Ansiktets tale er den første tale” (Levinas, 2004 s.62). Levinas sier videre at ansiktet er en tilsynskomst fra en annen verden, en annen sfære. Det er ansiktets abstraksjon eller nakenhet. Dette er noe åndelig slik det er beskrevet gjennom ordet immanens¹. Denne

¹ Immanens; det å være immanent er et ord for iboende, som ligger i tingen selv den i-e Gud som eksisterer i den skapte verden og ikke står over og utenfor den som i kosmos.

ankomsten er ikke fremtreden i en bevisst erkjennelse, bevisstheten mister sin førsteplass og handlingen som gjøres overfor den andre er påkalt av noe som ligger før den andres ankomst. Eksempelvis blir den barmhjertige samaritan et bilde på denne handlingen som er oppstått fra noe før med bakgrunn i noe felles udefinert eller åndelig. Man vet altså at man må handle før det når tanken. Levinas (2004) kaller fremtreden av dette udefinerte som det tredje og et fremtreden av Han. Det er ved denne fremkomsten jeget rammes av den andre og møtet finner sted. Levinas betegner denne tredje som Han. Han er en tredje tilstedeværende. Den tredje er likevel et metafysisk begrep og ikke et begrepet slik det benyttes innenfor sosiologien. Aarnes referer til den tredje ”som et fyrtårn som skjærer opp og bryter den horisontale aksens og peker opp” (jfr møtet)

Før Levinas gjorde sin entrè i filosofien var det tre rådende veier til den andre. 1) Analogien der den Annen er alter ego, 2) den sympatiske der jeg føler med den Annen og 3) den empatiske der jeg lever meg inn i den Annen. Disse veiene tar utgangspunkt i jeg’et, men det nye med Levinas er at det er den Annen som er utgangspunkt. Den andre kommer til meg, eller, den Annen ”rammer meg” (Aarnes, 2007). Aarnes sier at den andre ikke underlegges meg, men den andre kommer og fortrenger meg. Jeg har ansvar for den andre og det er det som knytter mennesker sammen (Levinas, 2004). Oppdagelsen av medmennesket betegnes som utløst fra Levinas filosofi (Aarnes, 2007).

Betegnelsen den Annens ansikt er benyttet i overført betydning. Man kan ikke bokstavelig se sårbarheten i ansiktet. Ansiktet i sin uttrykksfullhet blir et slags bilde eller metafor på appellen som utgår fra den andre. I en samtale med Aarnes forteller Levinas fra en episode der han selv ble rammet av menneskers sårbarhet. Levinas sier at ansiktet kan regnes for en kroppsdel, og at uttrykket ikke er begrenset til å uttrykkes gjennom ansiktet. Under sitt opphold i konsentrasjonsleir under den andre verdenskrig, observerte Levinas fangene som sto foran ham i matkø. Etter hvert som ukene gikk, ble fangene tynnere og tynnere. Han så at avstanden mellom halsen og halslinningen ble større. Fangenes nakker uttrykte en appell. Slik opplevde han at ansiktet skiftet sted, nakken fungerte som et ansikt, den vitnet om annetheten og ansvaret (Aarnes, 2004). Fra sårbarheten utgår en appell om ivaretagelse og beskyttelse. Levinas (2004) sier at jeget er bundet til den andre allerede forut for enhver forbindelse. Slik har et ansvar for den andre allerede før man møtes i kraft av en form for fellesmenneskelig

eksistens. Forholdet mellom den andre og jeg kan betegnes som likestilt, men likevel har den andre forrang og kommer før jeget. Levinas benytter det franske begrepet *à pré vous*, etter deg, for å illustrere poenget.

”Ansiktets nakenhet er ribbet og allerede bønnfallende, ved sin direktethet mot meg. Men denne bønnfallelsen er en fordring” (Levinas, 2002 s.63). Ansiktets nærver betegnes som en uimotståelig ordre og er en befaling som opphever bevissthetens råderett. Når den Annens menneskelighet kommer tilsyne gjennom den Annens ansikt utgjør det et krav om å bli tatt imot (Levinas, 2004). Jeg forstå det slik hen at ”kravet” ligger i det ansvaret man i utgangspunktet har overfor det andre mennesket som medmenneske og i kraft av det som ligger i omsorgens vesen.

Ansiktets nærværenhet er større enn bevisstheten og den andre gjenspeiles ikke i bevisstheten (Levinas, 2004). Levinas sier at ansiktet er etikkens og ansvarets igangsetter og den settes i gang uten at det benyttes ord og appellen påvirker oss. Dette beskrives som en bevegelse som ikke umiddelbart når vår bevissthet. Først i etterkant begynner refleksjonen. Oppfattelsen av hva som er moralsk riktig når først det ubevisste (ibid).

Når man har kommet i kontakt med det uendelige er det umulig å unndra seg ansvaret.

Ansvaret blir mer påtrengende og ansvaret blir større i den makten som trer frem fra avmakten. Å være seg bevisst dette ansvaret kan gi seg utslag i avmakt slik at bevisstheten settes på prøve (Levinas, 2004). Ansvaret kan føles tyngende refleksjonen kan gi seg utslag i følelse av hjelpeløshet, eller avmakt.

4.0METODE

Kapittelet gjør rede for metodologiske valg og vurderinger foretatt gjennom hele forskningsprosessen. Kapittelet starter med den overordnede ideologien som gir grunnlag for valg av fremgangsmåte i henhold til prosjektets problemstilling. Forskeren som instrument har betydning for hele forskningsprosessen og sammen med troverdighet generelt, vil dette implisitt være presentert i ulike deler av kapittelet.

Design

Hva slags kjennskap en har til området man ønsker å utforske (Thagaard, 2003) og hvilke spørsmål en stiller (Morse & Richards, 2002) er viktig for valg av metode.

Utforskende og beskrivende design

Denne kombinasjonen er valgt fordi utforskende design har som formål å oppdage eller definere et problem. Designet preges av åpenhet og fleksibilitet og kan benyttes i studier som har til hensikt å oppdage nye områder der kunnskapen er mangelfull eller fraværende. Fenomenologien hører inn under det utforskende designet (Nord, 1989). Studien har en semistrukturert intervjuform med mulighet for at respondenten skal kunne fortelle fritt i forhold til tema. Beskrivende design er preget av mer kontroll og nøyaktighet enn utforskende design. Det er likevel likhetstrekk til det utforskende designet, men forskeren er opptatt av å holde seg til på forhånd definerte temaområder og styrer datasamlingen dit (Ibid). Dette studiet benytter en kombinasjon av et på forhånd definert tema og utforskende tilnærming. Studiet må derfor anses å være utforskende og beskrivende. Det er gjort begrenset forskning på området og det vil være vanskelig å få frem slik kunnskap i et spørreskjema. På bakgrunn av kunnskapsstatus og problemstillingens egenart er spørreskjema vurdert å være en uhensiktsmessig måte å innhente data på.

Kvalitativ forskningsmetode

Kvalitativ forskning benytter andre kilder for innhenting av data enn i kvantitativ forskning. Det er vanlig å gjøre observasjoner eller foreta intervjuer av et begrenset antall personer som grunnlag for analyse. Andre datakilder kan være dokumenter og bilder. Felles for metoden er at den fremkaller skriftlig tekstmateriale. Teksten kan ha et rikt omfang som det kan være utfordrende for forskeren å holde orden på og få oversikt over. Tekst kan fremkomme fra notater fra observasjoner eller utskrift fra intervjuer. Dersom intervju benyttes, er det nær kontakt mellom forsker og informant og forskerens kjennskap til feltet og evne til sensitivitet, er av vesentlig betydning for hvordan forholdet mellom dem utvikler seg. Forholdet påvirker hva slags data som fremkommer. Åpenhet og fleksibilitet er viktig i kvalitativ metode fordi metoden har til hensikt å få innsikt og forståelse for sosiale fenomener slik de oppleves av de som er gjenstand for opplevelsen. Temaer det er lite forskning på fra før er velegnet for denne metoden fordi det gir mulighet for å oppnå dybde og innsikt. Resultatet av forskningen er avhengig av hvordan de sosiale fenomenene er analysert og tolket. Analyse og fortolkning av tekstmateriale, og hvordan prosessen har foregått er en vesentlig del av kvalitativ forskning (Thagaard, 2006). Hvordan den kvalitative metoden er benyttet i dette studiet vil fremkomme i de neste avsnittene.

Hermeneutikk

Kvalitativ forskningsmetode er knyttet til blant annet fenomenologi og hermeneutikk og forskerens refleksjoner over egne erfaringer kan danne utgangspunkt for forskning (Thagaard 2006). Fenomenologien har sin bakgrunn i Husserl og Heideggers filosofiske tradisjon. Polit og Beck (2006) sier at hermeneutikken er nært knyttet til fenomenologien, men mens fenomenologien omhandler essensen i erfaringene, handler hermeneutikken om betydningen av å fortolke menneskets handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart og innlysende. Hermeneutikken er med det fortolkende og det sentrale er at opplevelsen ikke kan forstås ut fra opplevelsen alene, men må sees i den sammenhengen opplevelsen har skjedd i. Eilertsen (2000) tar opp forskjellen mellom tradisjonell hermeneutisk metode og den filosofiske tilnærmingen. Jeg velger å konsentrere meg om den tradisjonelle hermeneutikken, som en refleksiv, sirkulær prosess der delene må forstås ut fra helheten og helheten ut fra delene. Dette er kjent som den hermeneutiske sirkel. Hermeneutisk

tilnærming er benyttet i analysen der jeg har jobbet mellom de ulike stadiene for å tolke, oppdage og forstå sammenhenger. Studien tar utgangspunkt i smerte som fenomen, men har en hermeneutisk tilnærming.

Semi-strukturert intervju

Intervjuerens oppgave er å oppmuntre respondenten til å snakke fritt om emnene på guiden og å fortelle historier slik at respondenten kan gi fyldig informasjon om det temaet som studeres (Polit & Beck, 2004). Ved en kombinasjon av et på forhånd definert tema og fri fortelling rundt temaet, ville det være mulig å få frem nye aspekter og refleksjoner som ble definert av respondenten.

Utarbeidelse av intervjuguide. En semistrukturert intervjuguide ble utarbeidet for å sikre fokus for intervjusamtalen samtidig som den enkeltes egen opplevelse kunne tre frem. Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av egne erfaringer, teori og forskning gjort rundt emnet. Intervjuguiden innledet med at respondenten ble bedt om å fortelle om en hendelse som på en eller annen måte hadde vært utfordrende. Kvale (1997) sier at ved at åningsspørsmålet handler om en konkret situasjon kan ulike sider ved det som fortelles følges opp. Videre inneholdt guiden en skisse over emner samt forslag til spørsmål (vedlegg 7). Spørsmålene ble ikke nødvendigvis stilt i guidens rekkefølge. En god opplæringssituasjon er å intervju kolleger for deretter å få tilbakemelding (Kvale, 2006). Som forberedelse til intervjuene ble det foretatt to prøveintervjuer med to sykepleiere som kjente feltet godt. Intervjuene ble tatt opp på digital opptaker og transkribert. Dette ga verdifull erfaring i forhold til å se hva som fungerte og hva i guiden som kunne endres. Guiden ble revidert i samråd med veileder. Revideringen medførte mer åpne spørsmål fra for eksempel; er det forhold.... til; hvilke forhold tenker du kan.... I intervjusituasjonen er det en fordel å spørre hva skjedde, hva følte du, hvordan var dine opplevelser. Målet er å få frem spontane beskrivelser og ikke mer eller mindre spekulative forklaringer på hvorfor noe skjedde (ibid). Etter at halvparten av intervjuene var gjennomført ble guiden revidert ved at et par spørsmål ble fjernet. Spørsmålene var knyttet til miljø, samarbeid og egenskaper ved den enkelte sykepleiere og var temaer respondenten likevel kom inn på i forbindelse med refleksjoner rundt narrative. Endringen halvveis ser ikke ut til å ha gjort vesentlig forskjell på hva

informantene har valgt å fortelle. Så langt det har latt seg gjøre ut fra egen kompetanse, er respondentens fokus omkring temaet smerte fulgt opp.

Innpass til forskningsfeltet

Henvendelse ble sendt til to sentralsykehus i Norge der de behandler ekstremt premature barn (vedlegg 3). Det ble valgt to sykehus for å sikre tilstrekkelig antall deltagere. Brevene ble sendt til henholdsvis oversykepleier og klinikkssjef, kun ett samtykke vedlagt i skriftlig form (vedlegg 6). Tillatelse fra det andre sykehuset er gitt muntlig og stadfestet ved at avdelingen stilte rom og arbeidstid til min disposisjon. Eget brev, inkludert forespørsel om deltagelse og samtykkeerklæring, ble deretter sendt avdelingssykepleier (vedlegg 4,1 og 2). Fire sykepleiere fra hver avdeling, i alt åtte, meldte seg til intervju. Disse returnerte samtykkeerklæringene med sitt telefonnummer på. Jeg kontaktet dem og gjorde avtale tid og sted for intervju. Noen ønsket mer informasjon om prosjektet og fikk oversendt prosjektbeskrivelsen samt tema for intervjuet. Ytterligere fire sykepleiere var villige til å la seg intervju. Etter sykepleiernes ønske ble intervjuene utført på sykehuset i deres arbeidstid. De fleste intervjuene ble gjennomført uten forstyrrelser.

Utvalg

Mange og teknisk avanserte oppgaver kan ta mye oppmerksomhet den første tiden sykepleieren arbeider ved en intensivavdeling. Kriteriene for deltagelse var derfor at de måtte ha minst to års erfaring i arbeid med de minste premature barna. Valg av respondenter er gjort ved strategisk utvalg og kjennetegnes ved at respondenten har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i lys av problemstillingen (Thagaard, 2006). Da disse barna er svært syke og gjennomgår en langvarig intensiv behandling, er smerteproblematikk en stor del av hverdagen for enhver sykepleier som jobber i en slik avdeling. Det ble derfor ikke stilt som kriterium at sykepleierne må ha spesiell interesse for temaet smerte. Det viste seg likevel at de sykepleierne som var villige til å delta hadde en slik interesse.

Forskeren som instrument

I kvalitativ metode anses forskeren som datasamlingsinstrumentet (Kvale 2006; Polit & Beck 2003; Morse & Richards 2002). Fog (2004) fremhever at humør, tretthet, opplagthet, ulike følelsesmessige innstillinger til tema og den enkelte respondent er faktorer som gjør at

forskeren kan påvirke i intervjusituasjonen. Forskeren må være sensitiv og fleksibel fordi en samtale er et subjekt/subjektforhold, og man kan av den grunn ikke oppføre seg likt. Å oppføre seg likt ville være å oppføre seg forskjellig. "I og med at forskeren er instrumentet, er og blir hun en forskningsbetingelse" (Fog, 2004, s.187- 188) og er bevisst eller ubevisst med på å påvirke materialet. Forskere må kunne vise åpenhet og interesse, men samtidig holde seg i bakgrunnen slik at det er respondentens historie som kommer frem. Forskerens bakgrunn og kvalifikasjoner, erfaring og refleksivitet er også avgjørende for undersøkelsens pålitelighet. De to prøveintervjuene ga innblikk i å intervju. Gjennom intervjuene jeg har foretatt, (2+8) har jeg fått verdifull erfaring i intervjusituasjoner og i noen grad utviklet meg. Måten å stille spørsmål på og evnen til å følge opp det respondentene sier har blitt noe bedre. Intervjuene har av denne grunn hatt noe ulik form og fokus. Egen erfaring innen sykepleie til syke nyfødte skapte et slags fellesskap mellom respondentene og meg. For noen ble det opplevd som unødvendig å utdype, for som en respondent uttalte: "dette vet du jo like godt som meg". Utfordringen ble da å presisere at det ikke er hva jeg vet eller kan som var viktig, men at det er sykepleierens egne erfaringer og opplevelser som var vesentlig. Jeg har så godt jeg har klart forsøkt å vise en interessert åpenhet og nysgjerrighet overfor respondentene, men ulik dagsform både hos meg og respondentene har nok i noen tilfeller påvirket kvaliteten på materialet.

Gjennomføring av intervjuene. Det er viktig å ha en introduksjon til intervjuet som skaper en kontekst (Kvale, 2006). Tillit er viktig for at respondenten skal dele erfaringer (Kvale, 2006; Thagaard, 2006; Fog, 2004). Før opptakeren ble skrudd på foretok jeg derfor en kort presentasjon om min bakgrunn. Jeg presiserte at selv om jeg hadde kjennskap til området, er det respondentens erfaring som er viktig og ingenting av det de sier blir sett på som uviktig. Temaet for intervjuet ble gjentatt og også informasjon om bruk av lydbånd, respondentenes rett til anonymitet og retten til når som helst å trekke seg uten at det får konsekvenser for dem. Jeg la vekt på at det var ønskelig at sykepleierne fortalte om sine opplevelser ved å knytte det til konkrete situasjoner. I informasjonsskriv til sykepleierne ble alle oppfordret til å tenke gjennom situasjoner de hadde opplevd som utfordrende eller vanskelig. Kun overfor de fire siste respondentene ble en slik oppfordring gjentatt muntlig. Disse sykepleierne hadde flere hendelser de fortalte om og de ga noe rikere fortellinger enn de andre. I begge gruppene var det en sykepleier som ikke kunne komme på en spesiell situasjon å fortelle om. Det kan være

ulike grunner til at respondentene ikke har fortellinger å bidra med. Fog (2004) sier at ulike forhold rundt tema, meg selv og den andre kan virke inn på materialet som frembringes. Når man bruker fortelling som metode er det nødvendig å redegjøre for hva som legges i begrepet fortelling og hvordan fortellingen er fremkommet (Fagermoen, 2001). Respondentene ble bedt om å fortelle om situasjoner eller hendelser som har gjort inntrykk. De reflekterte ofte uoppfordret rundt situasjonen og hvordan de hadde opplevd den. De ble spurt om og eventuelt hvordan det hadde påvirket dem i deres senere utøvelse av sykepleie. Hensikten var å få frem om en slik hendelse hadde endret måten å handle/argumentere på i liknende situasjoner. Selv om jeg opplevde at respondentene var interesserte og imøtekommende var det utfordrende å finne "nøkkelen" til den enkeltes åpenhet. I noen tilfeller hadde jeg en indre uro og var litt ukonsentrert og nervøs. Fokuset var for mye på meg selv istedenfor å være åpen mot den andre (Fog, 2004). En av respondentene som ikke kunne hente frem en opplevelse var småsyk og hun uttrykte at hun var lei seg for det. En fortalte mer etter at opptakeren var skrudd av. Pauser er bevisst benyttet som middel for å la respondenten tenke og reflektere. Kvalitativt intervju handler om et subjekt/subjektforhold og jeg har aktivt forsøkt å balansere forholdet mellom nærhet og avstand. Relasjonen er ulik fordi det er forskeren som setter agenda og styrer samtalen. Likevel er ikke respondenten helt uten innflytelse fordi hun velger hva hun vil fortelle og hvordan hun vil fortelle det (Fog, 2004). Det er altså mange ulike faktorer som påvirker materialet som er grunnlag for analyse.

Transkripsjon. Intervjuene ble ordrett transkribert. Respondentenes ulike dialekter ble overført til bokmåls form for å lette analyse. I den grad dialekten har vært av betydning for meningsinnholdet er dialekten valgt transkribert. Ord og dialekt som er særegne for den enkelte er fjernet før sitater eventuelt er benyttet som eksempler. For å lære av hvordan min væremåte og respons har innvirket på intervjuet og den intervjuede, har jeg også tatt med min verbale respons. I enkelte intervjuer er det til dels mange slike, men de har ulik styrke. Noen er ubevisste og som et resultat av at jeg nikker til respondenten. Der det har hatt betydning for det respondenten sier, har jeg beskrevet dette i parentes ved siden av teksten. Der respondenten og/eller jeg har ledd er dette også skrevet ned. Latter har blitt brukt i forbindelse med oppgitthet, sukking, som formildning av uttalelser, gjensidig forståelse, humor osv. Latter kan ha betydning for meningsinnholdet i det respondenten sier ved at det gir en annen betydning enn ordene forteller. Pauser i intervjuet ble markert med stiplet linje og respondentens "lyder" når de trakk pusten osv. ble nedtegnet. Fakter og spesiell måter å

uttrykke seg på ble også skrevet ned. Både umiddelbart etter intervjuene og under transkripsjon er det foretatt refleksjonsnotater. Noen av refleksjonene har glidende overganger og kunne muligens vært skrevet ned som metodenotater. Det meste av teksten var forståelig, men det er enkelte steder det ikke er mulig å høre det respondenten sier. Det er notert ned hvor i intervjuene dette er. Dette er ikke i et slikt omfang at det går utover meningen i det som blir sagt. Naturlige pauser er markert med stiplet linje; og tekst som er tatt vekk i teksten er markert med stiplet linje i klamme; [...].

Klargjøring for analyse

Den transkriberte ble kopiert og flytte den over i et annet dokument slik at originalteksten ble opprettholdt i sin helhet. For at materiale skal bli mer ”mottakelig” for analyse elimineres overflødig materiale (Kvale, 2006). Alle mine bekreftelser og kommentarer i form av mmm’er ble fjernet. Introduksjonen, eller oppvarmingen til intervjuet ble tatt vekk da dette ikke er relevant og omfatter temaet som er fokus for intervjuet. Data om utdanning, erfaring og bakgrunn for valg av arbeidsfelt er nedtegnet i egen matrise. Gjentakelser og pauser som ikke har betydning for meningen av det respondenten sier, ble fjernet. Det samme ble gjentakelser og fyllord som for eksempel ikke sant.

Analyseprosessen

Analyseprosessen begynner allerede under intervjuet (Kvale, 2006; Morse & Richards, 2002). Det reduserte tekstmaterialet av alle intervjuene ble lest slik at jeg kunne danne meg et helhetsbilde av innholdet. Det ble i margin tatt notater i forhold til tanker som oppsto rundt ulike utsagn. Etter at alle intervjuene var lest, dannet det seg et bilde over hvilke temaer som så ut til å være sentrale. Dette som et referansepunkt for senere funn (jfr validering). Deretter ble intervjuene lest for å finne meningsbærende enheter. Med bakgrunn i materialet og problemstillingens vide karakter valgte jeg å gå systematisk til verks i forsøk på å finne den best mulige måten å analysere dette materialet på. Ett intervju ble valgt ut og analysert på tre ulike måter.

- 1) Hele intervjuet inkludert narrative ble lest for å finne meningsbærende enheter. Først hadde jeg problemstillingen i bakhodet og leste setning for setning. Jeg så at det kanskje var behov for å definere hva som lå i begrepet utfordringer fordi ordet lett kunne bli for stort å forholde

seg til. Samtidig ble det vanskelig å se hvordan ordet kunne defineres fordi innholdet i intervjuet da lett kunne bli fragmentert og helheten forsvinne.

- 2) Ved analyse nummer to ble også hele intervjuet med narrativene lest. Teksten ble nå lest med spørsmålene fra intervjuguiden som utgangspunkt. Viktige refleksjoner som respondenten hadde ble imidlertid ikke godt nok ivare tatt dersom de ikke falt inn under guidens fokus. Hvilke spørsmål som ble stilt og måten og stille spørsmålene på ikke var de samme i de ulike intervjuene. Temaer er jo også vektlagt forskjellig ut fra hva respondentene har ansett som viktig. Ved sammenlikning av de to fremgangsmåtene var antall meningsbærende enheter likt, men innholdsmessig var de meningsbærende enhetene forskjellig i halvparten av enhetene. Ingen av de to måtene opplevdes som "riktig" eller tilfredsstillende da viktige aspekter så ut til å gå tapt. Narrativene kom heller ikke til sin rett.
- 3) Jeg valgte derfor en tredje tilnærming der narrativene ble tatt ut og analysert for seg. Konkrete svar gitt på konkrete spørsmål ble også tatt ut og satt i egen matrise. Den øvrige teksten ble analysert ut fra det sykepleierne selv definerte som utfordringer. Selv om det ved den tredje fremgangsmåten ble mye tekst å forholde seg til, ble denne valgt da det oppleves som den ivaretar materialet på en god måte.

Tematisk innholdsanalyse. En kombinasjon av latent og manifest analyse ble benyttet i den tematiske innholdsanalysen. Manifest analyse benyttes i svar som ikke trenger en tolkningsprosess på bakgrunn av at meningen er synlig og åpenbar. Latent analyse krever en tolkningsprosess for å finne den underliggende betydningen av det respondenten sier (Fagermoen, 2003). Kvaes hermeneutiske bearbeidede utgave av Georgisk fenomenologiske analysemetode ble benyttet. I tillegg ble både Morse og Richards (2002) og Granheim & Lundmans (2003) oversiktlige fremstilling av begreper og fremgangsmåte benyttet. Ulike begreper benyttes av ulike metodeforfattere selv om de mener det samme og har samme fremgangsmåte.

De meningsbærende som ble valgt var av ulik lengde og besto av deler av setninger, enkle setninger, flere setninger eller større avsnitt. Hensikten var at utdragene skulle fortelle noe og ha en mening relatert til oppgavens problemstilling. Underveis i intervjuene var det tydelig at respondentene tenkte mens de fortalte. Setninger ble avsluttet uten at de i seg selv ga mening, men de viste seg å gi mening i en større sammenheng. Hva som ble valgt som

meningsbærende enheter i materialet ble bestemt ut fra det som ga mening i forhold til det respondenten uttrykte som utfordringer og/eller ut fra temaer som kom til syne ved den første lesingen. I blant ble det nødvendig å gå tilbake til den transkriberte teksten og notatene jeg hadde gjort underveis for å se på sammenhenger og respondentens utvidede måte å uttrykke seg på. Eksempler på dette kan være kroppsspråk og sukk/latter. Hver meningsbærende enhet ble påført intervjunummer og sidetall relatert til den opprinnelige teksten. Nummer og sidetall fulgte enhetene hele veien frem til presentasjon av funn. De meningsbærende enheten ble kopiert og satt inn i egen matrise. Eksempel på matrisen og fremgangsmåten blir gitt i slutten av avsnittet. Videre ble de meningsbærende enheten forkortet ved at unødvendige ord ble fjernet og skrevet ned i neste kolonne i matrisen som fortattede meningsbærende enheter. Den fortattede teksten beholdt sitt opprinnelige innhold. Neste trinn var å lage koder. En kode kan betegnes å være en merkelapp på den fortattede meningsbærende enheten. Koden kan bidra til at man ser det fortattede innholdet på en annen måte, men skal fremdeles relateres og forstås i forhold til sin sammenheng. Kodene ble lest igjennom med problemstillingen i bakhodet. På bakgrunn av at utfordringene så ut til å omhandle en rekke ulike områder i sykepleiernes arbeidshverdag, konsentrerte jeg meg om å lese kodene og spørre meg hva det respondenten sa egentlig dreide seg om. Ulike temaer dukket opp og ble satt i en fjerde kolonne. I arbeidet fra kode til tema ble de meningsbærende enheten abstrahert, de ble sett i en større sammenheng. Antall koder i materialet var mange og jeg valgte å bevege meg litt bort fra materiale og jobbe ut fra refleksjoner gjort underveis i analyseprosessen. Temaene som tok utgangspunkt i kodene var også viktige rettesnor. En kombinasjon av induktiv og deduktiv jobbing gjorde det lettere å identifisere kategorier og underkategorier. En kategori kan beskrives som en gruppe enheter som har felles trekk og inkluderer et ulikt antall underkategorier. Underkategoriene kan igjen ha underkategorier. Kategoriene og underkategoriene er presentert i kapittel 5 om funn og kommer tilsyne gjennom overskriftene. Temaene ble sammenliknet og stemte godt overens med temaene som umiddelbart hadde dukket opp etter at alle intervjuene var gjennomført, samt med temaene ved gjennomlesning.

Meningsbærende enhet	Fortettet meningsbærende enhet	Kode	Tema
Jeg tror at når en jobber med voksne så blir det lettere, eller når det gjelder større unger så ser man på en måte at her har du, her har du et lite menneske et fullt utvikla menneske og det er mye lettere å distansere seg på en måte når ungen blir så liten og ikke gir så klart uttrykk for hva han føler	å jobbe med voksne er lettere, eller større unger da ser man at det er et menneske. Det er lettere å distansere seg fra et barn som har svake uttrykk for behov	lettere å overse et lite barn enn en voksen	barnet står i fare for å bli ignorert som menneske
Kanskje du blir litt tøffere og når du får mer kunnskap. Jeg tror på det. Ja for da vet du hva det er som er det rette.	kanskje du blir tøffere når du får mer kunnskap, jeg tror det for da vet du hva som er det rette	kunnskap gir trygghet fordi du vet hva som er det rette	kunnskap gir selvtillit

Narrativ

I forskningslitteratur der historier er benyttet brukes det ulike betegnelser på hva som legges i begrepet historier og hvordan de har fremkommet (Fagermoen, 2001, 2003). Historie betegner her en fortelling som har en begynnelse der handlingen bygger seg opp til et klimaks og som har en slutt med et klart hovedpoeng. Coffey & Atkinson (1996) sier at en historie kan defineres som en fortelling som formidler et poeng med et moralsk tilsnitt. Det vil si at historien innehar et budskap som får en eller annen form for konsekvens i respondentens sosiale kontekst (Thagaard, 2006). Ved å oppfordre sykepleierne til å fortelle om episoder de hadde stått i og som de hadde opplevd som utfordrende, synliggjorde de hva slags type smertesituasjoner som var utfordrende, og hvordan opplevelsene hadde påvirket henne personlig og i videre yrkesutøvelse. Dette er dybdehistorier der hensikten nettopp er å få frem situasjonens mening, tanker, følelser, og evaluering under og etter hendelsen. Fordi situasjonen har vært dramatisk og preget av følelser, huskes ofte ulike detaljer i og rundt situasjonen. Refleksjoner av eksistensiell karakter kan fremkomme (Fagermoen, 2001). Da fokus for oppgaven vinklet mot etiske aspekter i forbindelse med smertelindring, er det et pluss når respondenten kommer med refleksjoner av eksistensiell karakter. To respondenter klarte ikke å hente frem erindringer. Likevel kunne de på et generelt grunnlag si noe om hvordan det å være vitne til mangelfull smertelindring har påvirket dem. De andre hadde

enten en eller flere historier å fortelle. Fagermoen (2003) skisserer fem punkter som kjennetegner en historie, *hovedemne*; hva historien dreier seg om, *bakgrunn*; tid, sted og deltagere i settingen, *handlingssekvenser*; hva som skjedde, ble sagt og gjort, *evaluering*; i forhold til det som ble sagt og gjort, *løsning*; eller resultat av det som ble sagt eller gjort og *avslutning*; historiens moral. Analysen av narrative foregikk ved at jeg tok dem ut i egne dokumenter og leste dem for seg. Jeg stilte ulike spørsmål til teksten som samsvarer med punktene skissert over. Deltakere, setting, hva utfordringene besto i, konsekvenser for de involverte og for praksis. De ”svarene” jeg fikk ved å stille disse spørsmålene ble satt inn i en matrise. Slik ble det letter å få en oversikt over materialet, samt å se likheter og forskjeller. Det var også av interesse å se på historien som et hele, hva den egentlig fortalte og om eventuell utvikling i løpet av beretningen. Slik blir dette en hermeneutisk tilnærming. Som oppfølgingsspørsmål til historiene stilte jeg spørsmål om hva dette hadde gjort med sykepleierne.

Troverdighet

Lincoln & Guba fremholder at troverdighet inneholder to aspekter. Studiens funn er utført på en slik måte at de er troverdige og forskeren må demonstrere troverdigheten for leserne (Polit & Beck 2003). Troverdighet er et overordnet mål i all forskning (Kvale 2006; Thagaard 2006; Polit & Beck 2003, Morse & Richards 2002) og litteraturen presenterer ulike måter å ivareta troverdigheten på. Dette avsnittet viser hvordan jeg har tenkt og hva jeg har gjort i forhold til å ivareta prosjektets og resultatenes troverdighet.

Det er viktig for troverdigheten at det er sammenheng mellom metode, design, vitenskapsteoretisk ståsted, problemstilling, datasamlingsmetode og analyse. Sammenhengen forteller om et studie undersøker det den er ment å undersøke (Kvale, 2006; Fagermoen 2005; Morse & Richards 2002). Dette kapittelet søker å gjøre rede for denne sammenhengen.

Ut fra den begrensede forskningen på temaområdet og egen kunnskap og erfaring ble problemstilling utarbeidet. Metode for innsamling av data og analyse ble bestemt. Prosjektet ble vurdert utført på egen arbeidsplass, men ble vurderte dit hen at det ville blitt et for nært

forhold mellom kollegaer. Jeg vurderte det som en risiko at deres kjennskap til meg og mitt arbeid kunne påvirket hva de ville ha vektlagt. Min forståelse og kjennskap for den enkelte kunne påvirket min rolle. Intervjumaterialet kunne blitt styrt på en måte som kunne påvirket troverdigheten av prosjektet.

At forskeren har kunnskap om områder rundt respondentens arbeidssituasjon kan være viktig for å oppnå tillit (i Polit og Beck, 2003). Mitt kjennskap til feltet gjorde at respondentene var trygge på at jeg forsto hva de pratet om. Vår felles bakgrunn for samtalens tema virket positivt inn på intervjusamtalen. Gjennom sin åpne holdning og vilje til å fortelle, ga respondentenes beretninger et rikt og innholdsrikt datamateriale.

For å redusere forskerbias foreslår Kimchi et al (1991) å benytte ulike analyseteknikker på det samme datamateriale (Polit og Beck, 2003). Det innsamlede materialet i dette studiet er analysert ved tematisk analyse, tematisk innholdsanalyse og analyse av historiene. Peer-debriefing reduserer forskerbias og innebærer at andre forskere får innsyn i materialet slik at de kan sjekke at prosessen har gått riktig for seg (Fagermoen, 2005). Veileder har hatt denne rollen. Hun har underveis i analyseprosessen gått gjennom materialet og lest deler av analysen. Hun har vært samtalepartner for meg, mine tanker og refleksjoner underveis i prosessen.

Bekreftbarhet

En måte å ivareta bekreftbarheten på er å sette sin egen forforståelse til side. Innen fenomenologien kalles dette "bracketing" (Morse & Richards 2002). Dette kan gjøres ved at man skriver ned refleksjoner (ibid). Å "legge bort" sin forforståelse kan muliggjøre at man jobber med materialet induktivt, det vil si at man tar utgangspunkt i data fra undersøkelsen (ibid). Morse & Richards (2002) hevder at å jobbe induktivt vil være avgjørende for studiets validitet. Likevel må det være slik at man for å kunne verifisere, samle mer data og se nye veier, må gå deduktivt til verks, det vil si å ta utgangspunkt i eksisterende teori. Eilertsen (2000) diskuterer ut fra Gadamer's teori hvor hensiktsmessig det er å legge sin forforståelse helt til side. Å benytte sin kunnskap kan være nyttig for å forstå teksten (ibid). Gadamer (i Eilertsen, 2000) sier at fordommer kan betraktes som en forventning en bringer med seg og som må korrigeres etter hvert. Eilertsen sier at i arbeidet med en tekst justeres og endres egen

forståelseshorisont og det kan utvikles ny og dypere innsikt. I løpet av arbeidet med oppgaven har mine fordommer og oppfatninger beveget seg. Jeg har latt meg overraske av funn som har vært annerledes enn det jeg antok ville komme frem og det har gitt meg ny innsikt og bredere forståelse.

Refleksivitet

Refleksivitet er nøkkelen til å holde seg på sporet og det at man gjennom hele forskningsprosessen har holdt seg til sporet at troverdigheten øker (Morse & Richards, 2002). Forskeren må være aktiv i forhold til å vise sitt ståsted. Nærhet til stoffet kan gjøre det vanskelig å være kritisk til stoffet og faren for bias er tilstede. En form for objektivitet kan likevel etterstrebes ved at man gjennom hele forskningsprosessen aktivt reflekterer over og erkjenner eget ståsted (Malterud, 2004). Gjennom hele forskningsprosessen har jeg forsøkt å være bevisst min forforståelse og kunnskap. En mengde refleksjonsnotater er skrevet og veileder har stilt meg spørsmål om, og vi har snakket om min forforståelse. Slik har jeg kunnet reflektere over hvordan jeg har påvirket forskningsprosessen.

Troverdigheten kan økes ved å få tilbakemelding fra den som er intervjuet (Polit & Beck, 2003). Det hersker uenighet om dette er en hensiktsmessig måte å validere på. Fangen (2004) trekker frem at det kan være ulike grunner til at respondenten ikke ”godkjenner” det forskeren har kommet frem til, men en tolkning bør kunne bryte med respondentens selvforståelse. Ny kunnskap kan dermed komme frem. Underveis i intervjuet har jeg spurt opp igjen dersom jeg har vært usikker på hva hun har ment. I etterkant er bekreftelse fra respondenten ikke etterspurt fordi respondentene og jeg kan ha ulike faglige perspektiv og respondenten kan dermed ikke verifisere de vurderingene jeg som forsker har foretatt.

Overførbarhet

Ifølge Lincoln & Guba refererer overførbarhet til generaliserbarhet av data. Overførbarhet handler om funnene kan overføres til andre grupper eller sammenhenger (Malterud, 2004; Polit & Beck, 2003). Kvalitativ forskning kan ikke generaliseres fordi det er den enkeltes subjektive opplevelse som er det viktige. Man er ute etter ny kunnskap innen områder der det finnes flere gyldige versjoner av sannheten (Malterud, 2004). Målet er å beskrive om funnene har relevans i den sammenhengen forskningen er utført i (Fangen, 2004). Det som er sant for

en trenger ikke være sant for en annen. Opplevelsene til sykepleierne er unike og individuelle. Selv om hver og en av dem har sine opplevelser kan de kjennes igjen av andre som har vært i liknende situasjoner. Andre sykepleiere kan komme til å stå i situasjoner der de kan kjenne seg igjen i opplevelser andre har fortalt om. Slik kan fortellingene sette lys på hvordan virkeligheten for sykepleierne kan være.

Respondentene gjennomsnittlig erfaring som sykepleier hos var 16,5 år. Gjennomsnittlig erfaring som sykepleiere til premature barn var 11 år. Respondentenes erfaring og interesse har kan ha påvirket opplysningene. Andre opplysninger og erfaringer kunne fremkommet dersom sykepleiere med mindre erfaring og uten spesiell interesse for smerteproblematikk hadde blitt intervjuet.

Etiske overveielser

Da prosjektet innebar bruk av lydopptak, oppbevaring av lydbånd og respondentenes ble prosjektet meldt Personvernombudet for forskning (NSD). Abefaling ble gitt av NSD 20. september 2006 (vedlegg 5). Datasamlingen startet 9. oktober 2006. Det sensitive materialet har vært forsvarlig oppbevart i henhold til retningslinjer for oppbevaring av personidentifiserende materiale.

Ved rekruttering av respondenter har avdelingssykepleier vært behjelpelig med å dele ut informasjon til sykepleiere som var aktuelle som respondenter. Det foreligger derfor ikke press om deltagelse fra min side. Respondentene har selv tilkjennegitt sin interesse for deltagelse i studiet ved å ta kontakt med undertegnede. Informasjonsskriv og det frivillig informerte samtykke ble sendt den enkelte respondent og samtykkeerklæringene ble undertegnet og levert meg før intervjuene tok til. Smertelindring til premature barn er et område som kan avstedkomme en rekke etisk problematiske situasjoner og det kan oppleves vanskelig å snakke om. Jeg var på forhånd bevisst på at dersom respondenten av en eller annen grunn ikke ønsket å fortsette, ville intervjuet bli stoppet. Jeg bestrebet også å være sensitiv overfor respondenten ved ikke å stille oppfølgingsspørsmål dersom det oppsto temaer de ikke ønsket å gå videre på. Ved slutten av intervjuene ble respondentene spurt om hvordan

de hadde opplevd situasjonen og om det var noe de ønsket å ta opp. Ytterligere oppfølging av respondentene ble ikke ansett som nødvendig. I det ferdige materiale er både respondent og sykehus anonymisert. Eventuell dialekt og særegne uttrykk er fjernet. I innledning til kapitlet om funn er store deler av ett av narrative gjengitt. Det er sannsynlig at respondenten og eventuelt andre kan kjenne den igjen. Sykepleieren som har fortalt historien har etter forespørsel fra meg gitt tillatelse til å gjengi den slik den fremstilles.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

På bakgrunn av oppgavens funn har det etiske aspektet i oppgaven blitt forsterket. Gjennom oppgavens tittel "se meg" ligger i utgangspunktet en appell på barnets vegne om å bli ivaretatt som menneske. Funnene viser at sykepleierne også har behov for å bli ivaretatt på sin menneskelighet. "Se meg" har med det fått en dobbel betydning.

Som nevnt innledningsvis er det ikke gjort noen klar avgrensninger av hva som legges i begrepet utfordringer. Avgrensninger kommer delvis klart frem av sykepleiernes uttalte ytringer. I tillegg ligger utfordringene latent i det sykepleierne forteller. Det er fire områder av utfordringer: det å se barnet; hvordan fungere som sykepleier; forhold til legen og foreldrene som støtte for barna. De fire områdene inngår i et komplekst system der samspill er nødvendig for optimal smertelindring. Temaområdet om å se barnet er kalt barnets menneskelighet og er organisert ved funn om observasjoner og handlinger sykepleierne foretar overfor barnet. Forhold som bevisst eller ubevisst kan ta sykepleiernes fokus på bekostning av barnet, presenteres også her fordi det har implikasjoner for den oppmerksomheten barnet får. Del to omhandler hvordan sykepleierne opplever ulike dilemmaer i omsorgsrollen overfor barnet. Temaområde tre omhandler samarbeid mellom helsepersonell og egenskaper som har betydning for smertelindringen. Foreldre som støtte for barna dreier seg om i hvilken grad foreldrene gis mulighet for å være og bidragsytere i smertebehandlingen til barna sine.

I noen av sitatene er det understrekninger. Her er det respondentenes stemme som høres ved at de har lagt ekstra trykk og følelser i disse ordene.

Valget om innledningsvis å presentere ett av narrative i sin helhet er gjort for å sette leseren inn i det komplekse bildet rundt smertebehandlings problematikk i intensivbehandlingen av det premature barnet. Historien er representativ for mange av de andre historiene i det den på en god måte viser ulik problematikk i forhold til smertelindring. Den viser i tillegg ulike roller, forholdet mellom sykepleiere og leger, men også hvordan barnet er plassert i

situasjonen. Barnet som sentral person har ikke nødvendigvis førsteprioritet. Mer om historienes innhold presenteres sist i kapittelet.

[.....]det hadde vært en vanskelig intubering sånn at de har vært nede med laryngoskoop ja si en fire, fem ganger [...]...nei skulle ikke ha morfin for han var ikke smertepåvirka, nei vel sier jeg, det synes jo jeg er rart etter fem intuberinger og han har jo en del blod ifra svelget som jeg sugde...nei da barnet hadde ikke behov for morfin...[...] de la inn navlearteriekateter og navlevenekateter og jeg har spurt to eller tre ganger om morfin...og når de da suturerer dette kateteret [...] ungen rykker for hvert sting ikke sant, syr du i navlen eller syr du i magen? Nei han pleide sette et sting litt sånn godt inn i sa han til assistentlegen som sto ved siden av, for liksom å være sikker på at det sitter godt og sånn og nå rykket han sier jeg, dette var vondt, det er jo ubehagelig. Du kommer ingen vei, du står der og ser og gir meldinger om hva du observerer og sier med reine ord ”dette barnet er smertepåvirka fordi at pulsen ligger på 185, barnet griner, men en stille gråt og rykker når du suturerer, og har det ikke godt” [...]blodtrykket var på vei nedover det er det jo...ofte...men det gikk to timer, barnet hadde enda ikke fått noe smertelindring og det gikk liksom bort imot time nummer tre og surstoffbehovet stiger, pulsen ligger fortsatt høyt, ungen ser ikke godt ut. Og fortsatt så maser jeg om morfin og han vil ikke gi noe morfin. Så blir barnet akutt dårlig, jeg gir han beskjed altså det som skjer er jo at blodtrykket synker enda mer, pulsen holder seg høyt og og metningen synker, sånn at du, du, du får ikke i nok! [...]ungen går over i føtalsirkulasjon. Så hører jeg at han dikterer inn i journalen i etterkant av dette at barnet er smertepåvirka [...] han dikterer inn at vi legger barnet på høyfrekvent og på NO gass og sånn for å se om det går an å få ventilert han bedre og... barnet viser smerteadfærd... tror jeg óg han dikterte inn. [...] Så sier han til meg litt etterpå at ”du liker å gi de morfin du”[...] ”jeg liker ikke at de har smerter” sier jeg for dette barnet har smerter, du kan bare tenke deg at hvis du har blitt intubert så mange ganger og blør i halsen...klart at det må være vondt!

Barnets menneskelighet

En stor utfordring er å se barnet og barnets ulike uttrykk og behov. Hensynet til barnet er ikke alltid like lett å ha hovedfokus på. Blant mange gjøremål og oppgaver hender det at barnet får mindre oppmerksomhet enn det burde ha. Her presenteres hva sykepleierne anser som viktig å ta hensyn til og hva som kan være i veien for tilstrekkelig smertelindring. Temaet barnets menneskelighet avsluttes med refleksjoner om overgrep når barna utsettes for utilstrekkelig smertelindring.

Observasjoner av barnet

For å vurdere om et barn har smerter ser sykepleierne både på teknisk utstyr som viser metning, blodtrykk og puls, samt uttrykk, bevegelser og fargeforandringer. En sykepleier svarte at barnets uttrykk gir henne mer informasjon enn tall på overvåkningsutstyret. Hun mente at puls spesielt er en dårlig indikator på smerte. En annen sykepleier svarte at hun kjenner på egen magefølelse når smertevurdering gjøres, noe som betinger å kjenne barnet gjennom oppfølging over tid. Flere nevnte at belastningene på barnet kan ha vært så store at barna mister evnen til å vise at de har smerter. Svake signaler og manglende evne til å vise smerte nevnes som viktige grunner til at smerteobservasjoner kan være vanskelige. I tillegg til disse konkrete svarene kom det i løpet av intervjuet frem at sykepleierne har omfattende repertoar som gjør dem i stand til å se barnet i en større sammenheng som viser at de ser barnet som menneske. Oversikt over hva respondentene ser etter er vist i tabell 1 (vedlegg 8).

Ser og har fokus på barnet

Det er en utfordring å ha fokus på barnet. Sykepleierne mener at fokus lenge har dreid seg om teknologi og at grensene er strukket langt nok i forhold til hvor små barn som kan reddes.

Teknologiens grense ses som en mulighet til å ta et skritt tilbake og ha fokus på menneske.

Likevel tror ikke sykepleierne dette er helt problemfritt og mener det kanskje er

kontroversielt å sette menneske foran teknikk:

....det å tørre å stole litt mer på klinikk da, egentlig...vi har vært inne i en sånn fase der vi har stolt veldig på apparaturen på en måte, så gå tilbake igjen altså, det er vanskelig...det er nesten som å banne litt i kirken vet du!

Sykepleierne tillegger barna evne til å vise følelser. Det stemmer ikke at premature ikke

kjenner smerte fordi de ser at barnet reagerer med smerte og ubehag på ulike prosedyrer:

.....tidligere har de sagt at premature ikke har følelser, du ser jo at de har det, de sier at de ikke smiler, men alle gråter. De gråter men de smiler ikke. Det er klart de smiler. Altså de grimasene de har de er der jo, jeg tenker på hvor vondt ting gjør.

Respekt

Uforbeholden respekt for det hudløse menneskebarnet trekkes frem som viktig. Det premature barnet uttrykker en enorm sårbarhet og sårbarheten fordrer ydmykhet:

...jeg ser for meg...at du har et barn som ligger der inne i en kuvøse og som er helt ny og som er supersårbar for det meste, huden er kjempetynn og alt er bare sånn, altså du skal ha sånn respekt for den ungen der! Du må bare nødt til å legge deg helt flat egentlig.

Barnet er for sårbart til at folk skal få øve seg på og bruke det som forsøkskanin. Opplæring skjer på en forsvarlig måte for barnet "...det er viktig at det er ikke noe prøve og feilekasus. Skal være skolerte folk som holder på med de ungene..."

En sykepleier sier om leger som ikke har fått tilstrekkelig erfaring før de plutselig står i en akuttsituasjon: "Men det er surt at det er jo på en måte ungene som blir prøvekaniner på en måte, det blir jo ikke riktig."

Forberedelse. En måte å vise barnet respekt på er å forberede barnet på at noe skal skje. Dette kan gjøres ved at man utfører prosedyrer når det passer for barnet, vekker det før prosedyrer og sørger for at barnet i utgangspunktet har det bra:

Skal vi for eksempel ta en blodprøve som er smertefullt så må en jo tro at det tross alt er bedre å ta å stikke barnet når barnet er våkent enn å gå inn i kuvøsen å vekke han med et stikk for eksempel.

Barnets manglende evne til å gjøre seg forstått

Umodenhet hos det premature barnet nevnes å skape flere ulike problemstillinger.

De minste premature har begrenset kapasitet til å vise reaksjon på smerte og signaler kan tolkes som symptomer på andre ting enn smerte. Overstimulering kan føre til at barnet har redusert kapasitet til å ta imot smertelindrende tiltak:

...de aller minste så har de jo kapasitet til å reagere én gang i løpet av en prosedyre så er de jo helt utslått. Så jeg kan jo like godt tolke en helt fullstendig stille baby som at her er det en veldig overbelastning han kan ikke reagere har ikke noe krefter til å spenne og sparke og må bare prøve å holde rundt babyen. Har gjerne ikke noe kapasitet heller til og så ta imot en liten dråpe med sukkervann engang.

Mangelen på formidling av smerte gjør det i tillegg vanskelig å optimalisere smertelindringen. For de minste kan "alt" oppleves vondt og de ser ut til å tolke stress, berøring og stell som smerte og plutselige påvirkninger kan føre til at de glemmer å puste. Å skape ro og trygge rammer tilpasset barnets behov er ikke alltid like enkelt:

...jeg synes det med smertelindring og stresslindring blir på litt sånn dobbeltbegrep. Fordi at stress, berøring, stell og bleieskift ser jo og ut som de tolker det som smerte de aller minste ikke sant.

....det å ha det rolig i avdelingen og det å ha det litt dunkelt rundt øynene at de ikke får dette her skarpe taklyset midt i øynene når de så er det jo viktig med leie, at de ligger godt sammenkrøpet i sideleie med støtte rundt seg i sengen....

I tillegg til mangel på modenhet og egenskaper som beskrevet over, ser manglende evne til å forsvare seg ut til å være en egenskap som gjør barnet sårbart og utsatt for store belastninger. En av sykepleierne mener at dersom de premature hadde hatt tenner kunne behandlingen av dem vært annerledes. Hun sammenlikner de premature med andre pasientgrupper uten språk og med begrensede muligheter til å forsvare seg:

....de biter ikke for de har ikke hatt tenner noen gang i livet så de vet ikke at tennene er veldig brukbare å ha [...] når noen holder hendene dine...så kan du bruke tennene....det går litte grann på det der å se at det er et menneske. Og Gud hjelpe meg det hadde vært så mye sår på fingrene rundt omkring her, meg selv iberegna...la oss si at de ble født med sylskarpe tenner så hadde de ungene blitt behandla veldig, veldig mye bedre.

Umodenhet gjør at de premature har et ernæringsproblem. Morfinpreparater kan påvirke den umodne tarmen slik at det oppstår komplikasjoner med opptak av næring. Barnet trenger ernæring for å legge på seg, men dersom barnet ikke får tilstrekkelig smertelindring, bruker det opp energien på å kjempe mot smertene. En av sykepleierne uttrykker den problematiske balansegangen mellom smertelindring og ernæring på følgende måte:

Dem er jo for små....sånn at det å kombinere dette her (ernæring og smertebehandling) synes jeg blir fryktelig vanskelig. Jah.....for hvis du veit det at dem er underernært kan gi problemer og så veit du at smerter og kan ha betydning for utviklinga dems...skal du velge pest eller skal du velge kolera?

Er oppmerksomheten er alltid rettet mot barnet?

Å ha fokus på barnet kan synes som en selvfølgelig oppgave og opplagt mål. Et eksempel fra en historie en av respondentene fortalte, viser at det er mye som krever sykepleierens oppmerksomhet. På forespørsel om hva som kan ta fokus vekk fra barnet, svarte respondenten at barnet alltid har fokus. Etter litt refleksjon rundt temaet kom hun til en helt annen konklusjon som viser at virkeligheten ikke nødvendigvis er slik man tror og ønsker at den skal være. Sekvensene under er utdrag fra en refleksjonsrekke og er delt i tre for å illustre hvordan refleksjonen endte ut i erkjennelse om en annen virkelighet:

.....når jeg jobber sammen med folk som har et dårlig barn, så snakker du om barnet. Da er hele fokuset hele tiden på barnet. [...]

.....men selve barnet inne i kuvøsen...det kan jo fort miste litt fokus på...hele tida...[...]

.....da blir på en måte barnet ikke...barnet blir på en måte...en slags gjenstand som det skal gjøres mange ting med...det er fælt å si det altså, men det blir jo nesten det.....

Respondentene forteller om ulike faktorer som kan bidra til å ta fokus vekk fra barnet.

Teknikk og travelhet. Manglende trygghet på hvordan det tekniske fungerer, kan endre fokus.

I tillegg kan travelhet i avdelingen gjøre at sykepleierne ikke får gitt tilstrekkelig omsorg.

Ansvar for mer enn et barn kan medføre for lite oppmerksomhet. Travelheten tar overhånd og hovedfokus dreier seg ikke lenger om barnet. En av sykepleierne beskriver dette som å fungere som en robot og at det er å svikte barnet:

Det er jo på en måte de fastsatte gjøremålene i en travel hverdag så...blir du mer opptatt av å fungere som en robot i forhold til å få ting gjort, enn å få bruke refleksjoner og det kliniske blikk til å...se på barnet ordentlig da...det må jo være det egentlig. At det er travelheten som tar litt overhånd....

Mangel på tid. Mangel på tid nevnes av de fleste som en begrensning for å kunne gjøre en tilfredsstillende jobb. Mangel på tid er hindrer bruk av kunnskap som er positivt for barnet: ”Har ikke tid til å gjøre det optimale.”

...det trenger ikke være så komplisert heller og nå har vi jo NIDCAP og kenguru og alt mulig, men vi på en måte...jeg tror det her forsvinner littegrann i de her daglige gjøremålene som tar så fryktelig lang tid....

Akuttsituasjoner. Akuttsituasjoner kan ta fokus vekk ”Det er jo særlig i akuttsituasjoner der ting skal skje veldig fort da!”

Utsatt for overgrep

Sykepleierne bruker sterke beskrivelser og ord for behandlingen de premature får. De har gjort seg refleksjoner over hva barna utsetter for av belastning. Når smertebehandlingen ikke holder mål anser de behandlingen å være så voldsom at de mener helsepersonell utfører tortur og bryter internasjonale lover:

.....så er det den smerten vi påfører ungen der og da...og jeg mener altså...faktisk der går grensa til tortur altså, vi driver jo ikke tortur i Norge, det er ikke lov til å torturere, men vi

gjør faktisk det med de ungene her...de minste mange ganger. Det er jo brudd på menneskerettighetene, FNs menneskerettighetskonvensjon, det er det...Barns rettigheter.

Det kan synes som flere årsaker, men en del overgrep ser ut til å skje på grunn av usikkerhet og mangel på kunnskap, mangel på grenser på hva man kan gjøre med andre mennesker og unødvendige brutale prosedyrer:

Jeg føler ofte du merker det når det kommer nye leger, for å si det sånn så er det noen som kommer inn og skal fikse det meste uten å helt kjenne sine grenser for når man skal stoppe og når skal man be om hjelp fra enten bakvakt eller anestesi.

En sykepleier mener at en del av det som gjøres med premature barn ville skapt store traumer i lang tid hos voksne "Hvis noen hadde tredd en diger slange ned gjennom halsen på meg... det hadde vært så traumatisk at jeg hadde jo ikke kommet over det på årevis..." På spørsmål om hva det gjør med barnet at det ikke blir møtt på sitt behov svarer en av sykepleierne følgende "Nei, det må jo være katastrofalt, både for oss og for barnet ...det må jo være helt forferdelig selvfølgelig det er jo som en tortur...det er jo det..." Sykepleieren synliggjør at behandlingen også påvirker henne som menneske.

Balanse mellom egne og andres verdier

Å være sykepleier innebærer å yte omsorg og ivareta pasientens behov når pasientene selv ikke er i stand til det. Det sykepleierne forteller viser at det er en rekke utfordringer i forhold til å utøve sykepleie på en slik måte sykepleierne ønsker. Noe ganger er det i omsorgsutøvelsen uunngåelig å påføre smerte. På spørsmål om hva slags prosedyrer som er utfordrende, svarte mange at prosedyresmerter er vanskelig fordi det foretas hyppig. Prosedyrer som nevnes er blodprøvetaking ved stikking i hælene, suging i svelg/tube. Av prosedyrer som gjøres av leger nevnes innleggelse av katetere og venefloner, innleggelse av thoraxdren, og intuberinger. De minste er utsatt for mange og hyppige prosedyrer og hyppigheten av ubehagelig stimuli kan føre til stress som igjen trigger smerter:

.....men det er helst de aller minste da, dem er utsatt for så mye...jeg tenker alltid på stress og smerte som ganske nærliggende til hverandre, men dem er altså utsatt for så mye...negativ stimuli og som helt sikkert kan oppfattes som, eller kjennes som smerte...i løpet av døgnet det er jo helt klassiske ting som innleggelse av veneflon, arteriekran, pnaumotorax, innleggels av thoraxdren, intubering....

....det må jo være innleggelse av dren som sitter igjen mest i forhold til...eller...intubering uten at de har fått nok smertelindring også er jo også en av situasjonene som jeg har vært oppe i...ikke tar seg tida til å prøve å gi riktig mengde før de...(intuberer)

Mange av prosedyrene er det sykepleier selv som bidrar til eller utfører og vissheten om at man selv påfører smerte er en stor utfordring:

Og så er det jo, de...smertefulle tingene som de ungene...det er jo vi selv som står for dem vi sykepleierne. Det synes jeg er litt tøft altså, det at du vet at...det er du selv altså når du suger noen eller så påfører du de verre lidelser enn...noen av de andre gjør.....

Sykepleieren påvirkes som menneske

Sykepleiernes opplevelser når ikke smertelindringen er god nok, medfører utfordringer i å takle følelser kjennes i kroppen. Følelse av utilstrekkelighet i forhold til barnet blir husket som ubehagelig. Andre følelser som beskrives er dårlig samvittighet, at man blir kroppslig dårlig og frustrert, utilpass, føler uro og fortvilelse. Handlinger der sterke følelser oppstår er gjerne i forbindelse med smertefulle prosedyrer som utføres av lege. Det sykepleierne har størst problemer med å akseptere er smerter som påføres når det både er tid og anledning til å gi medikamentell smertelindring:

Nei det er jo den dårlige samvittigheten du sitter med i forhold til at du følte at det ikke var riktig...det....er ikke noe god følelse det når du er der for barnet sin skyld å gi best mulig pleie, og når du ikke føler at den blir gitt så...husker man det...altså det setter seg liksom i minnet...

Noen opplevelser blir husket fordi de har vært spesielt vanskelige og blir bearbeidet ved at de blir snakket om. Ubearbeidede følelser og visshet om at smertene får konsekvenser for barnet medfører at man blir sliten og kjenner seg dårlig:

....du blir urolig i kroppen og blir helt fortvila fordi du vet at de er så små og de er så skjøre og....sanne ting kan få konsekvenser for dem. Ja...så går jeg veldig mye å tenker på det....men jeg har blitt flinkere, altså du snakker jo med folk og får det ut, sånn at du blir ferdig med det. Det er sånn at du blir kroppslig dårlig rett og slett. Ja, og det blir du jo sliten av...

Sykepleierne uttrykker at det er for lite fokus på senskader. Etter hvert som sykepleieren får mer erfaring og tilegner seg mer kunnskap, uttrykker de at det gjør det vanskelig å jobbe med de premature:

...så er det mye andre ting også så jeg synes det er en kjempeutfordring altså å være her med de aller minste og spesielt med tanke på altså det som kommer frem mer og mer nå, om seinskader og sårne ting som det kanskje har vært lite fokus på.

Ny kunnskap fører til nye prosedyrer og endret behandling. For å endre praksis og å kunne gå videre er det behov for å ta et oppgjør med tidligere praksis. Oppgjøret er nødvendig selv om det kan være tøft å bli konfrontert med den smerten man tidligere har påført. Nye sykepleiere beskrives som heldige som slipper å føle på skammen det er å sitte med erkjennelsen av lidelse man har påført andre:

....det er jo og et ømt punkt når det gjelder det med smerte, for vi er jo sånn alle at, det er jo ingen som har lyst til å gjøre noe vondt eller gjøre noe galt eller gjøre noe sånn at dette her....hvis du skal ta et skikkelig oppgjør med det med smerter og smertelindring så er du nødt til å gå litt inn i....sånn som det har vært før...men klart de som begynner nå har jo heldigvis ikke erfart sånn som det var før...så, de har jo ikke det minne om dette her og bærer ikke på den på en måte skammen som du kan føle...de er heldige....

Videre mener hun at vilje til erkjennelse av tidligere praksis er avhengig av hvilket område innenfor praksis det er snakk om å forholde seg til. For eksempel beskrives det som lettere å godta at man har hatt mangel på kunnskap når det gjelder amming, enn når det gjelder smerter man har påført. For å unngå og skape skyldfølelse anses det som viktig å se fremover og være varsom og positiv i formidlingen av ny kunnskap. Manglende interesse for å bedre praksis oppleves som uforståelig. Slik manglende vilje beskrives som skammelig og skremmende:

....så det å endre holdning til folk det er...vanvittig vanskelig. Mange er jo veldig sugen på kunnskap og tar til seg, mens andre det er sånn vi har gjort i alle år...og da blir jeg redd. Jeg synes det er ganske...ganske skammelig!

Forhold til sykepleierkollegaer

Å korrigere kollegaer ved å si i fra om at sykepleien de utfører ikke holder mål, kan oppleves som vanskelig. Det er vanlig prosedyre å forsøke å være to sykepleiere ved stell og prosedyrer, men i blant kan det vurderes både enklere og mer skånsomt å utføre prosedyren alene istedenfor å få hjelp av noen som ikke tar tilstrekkelig hensyn til barnets behov. De fleste forstår ungens behov, men enkelte forstår det ikke og tåler ikke å bli sagt fra til:

.....men stort sett så prøver vi også ha en assistent når...du har et barn på respirator...så da har du noen å spørre, men for min del så må jeg innrømme av og til så går det litt på hvem er det som er assistent, hvis det er noen av de her som skal inn og ta på alt og...de klarer jeg ikke...jeg blir så stressa av å prøve å finne den rette måten å...få de vekk på at da gjør jeg det heller alene. Da er det bedre for ungen at jeg tuller han godt inn i bleia og holder på hodet...og tuben selv enn at det kommer noen inn som driver og plukker på alt mulig og som ikke kommer seg ut igjen heller...de bare plukker og plukker og plukker og

kakler i ett mens de står der[....]og hvis de er eldre enn meg da er de jo enda verre, da de har forferdelig vanskelig for å høre. Det blir så sårbart oppi det for noen.

Men mange sykepleiere synes det er greit å bli minnet om ungens behov:

Også andre igjen de sier ”uff, det er godt du sier det”...godt at du minner meg på det...og det er den holdninga jeg prøver å ha selv og at det, de fleste så er det nok å si ”nå er det nok”...nå går vi ut, han må ha fred nå, mens noen de må inn igjen...å gjøre noe...jeg kjenner det i magen bare jeg snakker om det jeg synes det er så frustrerende...

Selv om sykepleierne opplever det vanskelig å samarbeide med enkelte, opplever de at de jobber i et positivt miljø der de kan samarbeide og hente støtte hos hverandre. Det er åpenhet i sykepleiergruppa for å lufte frustrasjoner, selv om ikke alt kommer til syne fordi noen holder mye inni seg:

.....og så prøver vi og å være flinke med å snakke med hverandre sykepleierne, da snakker du kanskje med de du ...altså du har jo både avdelings.. og assene og du har fag (og forskningssykepleier).....så det er i grunn lett og få (noen å snakke med)...hvis du er veldig frustrert ...det der og er personavhengig, noen går vel kanskje og holder mer inne.....

Men er dette nødvendig?

Ansvar for å si ifra og beskytte barnet nevnes som en prøvelse, men oppfattes som viktig. Sykepleierne har et ansvar for å stille spørsmålstegn ved hva som er nødvendige prosedyrer. Selv om de ikke alltid føler de har mulighet til å påvirke, er det deres oppgave å si fra til lege og eventuelt andre overordnede dersom praksis ikke er tilfredsstillende overfor barna:

Altså, det som er min jobb oppi det...jeg kan ikke kontrollere legene, til en hvis grad kan vi jo det...med å spørre ”er det nødvendig å ta på den magen hver dag?

Men jeg tenker jo at det er fortsatt det å gi tilbakemelding til de som er høyere oppe blant legene, at det er bare ikke riktig og la de(assistentlegene) gå vakter alene før de er på en måte er i stand til å beherske de elementære tingene.

...i alle fall ovenfor min samvittighet og barnet sin...hvis du skal være barnets advokat så må du jo si ifra, men det er forferdelig vanskelig overfor de legene som er veldig autoritære...men det er jo det som er løsningen eller...ja å få sagt hva en selv mener og så får en ikke gjort noe mer for det er jo legen som sitter med ansvaret uansett så i forhold til medikamentell mertelindring. Vi har jo mye annet tiltak vi kan gjøre...men i alle fall så har man jo en plikt til...etisk å følge hva man mener er riktig i forhold til å gi omsorg...

Sykepleierne uttrykker at de daglig må skjerme for smerter og at de maser og prøver å stå på for barna:

.....jeg synes jo at mye i hverdagen vår handler om hvordan skal du skjerme for smerter, for smertefulle prosedyrer, det er stikking, det er blodprøver, det er altså...det er jo....ikke en dag uten at det er det.

Behov for oversikt og kontroll

Sykepleie til intensivpasienter innebærer å ha oversikt og kontroll. Sykepleierne opplever at det er et dilemma og en utfordring å balansere mellom å la ungen få ro samtidig som de har behov for kontroll:

...en del av de tingene jeg har tenkt på er helt selvsagt egentlig, men du på en måte du tørre, ikke gjøre det fordi at du skal ha kontroll ikke sant, du skal fortsatt ha oversikt og kontroll, jeg sier ikke at du ikke skal, men jeg tenker at det er så mange ting vi gjør i løpet av dagen både i forhold til stell og prosedyrer og alt, at du drar det litt ned da og tørr å ...la ungen få mer fred da rett og slett...

Det fremheves at det til stadighet er vanskelige vurderinger og prioriteringer som skal gjøres og at mange smertefulle tiltak iverksettes for å være på den sikre siden:

...jeg tenker på at det blir litt sånn, ok hvis du ser ett signal på et barn så er det sånn...bom...tyve tiltak og så masse iverksettelse og mange kanskje....det er hele tida mye forsikringer på en måte...som vi gjør som kan være mye smertefullt tror jeg for barnet...

Flere sykepleiere uttrykker at man gjennom erfaring og refleksjon kan se sammenhenger og helhet. Det oppleves som en utfordring å oppnå kunnskap som innebærer oversikt og kontroll, ”...det tok litt tid før jeg egentlig tenkte det selv, men det er jo gjennom refleksjon kan bli bevisst på det på hva som skjedde i forhold til den episoden der å se sammenhengen og se helheten.” Ved at sykepleiere har oversikt og kunnskap om mulig forløp har de mulighet for å bruke denne kunnskapen på å forsvare barnet fra unødige smerter:

Men sånn som jeg sa i den situasjonen der til han, eller den legen som var, var snakk om og så sa jeg at du skal kanskje være forsiktig med å stikke flere ganger for det at den skal ha flere venefloner. Jeg visste jo at det var et sånt langsiktig forløp.

Relasjon mellom sykepleiere og leger

Sykepleierne synes noe ambivalent i forhold til samarbeidet mellom sykepleiere og leger. De understreker at samarbeidet om smertelindring stort sett er bra og at det har blitt bedre enn det var før. Noen sykepleiere sier at det fremdeles er et stykke igjen før samarbeidet fungerer

godt, noe som også blir tydeliggjort gjennom narrative. Gjensidig respekt for hverandres synspunkt og kunnskap nevnes som et område det bør jobbes med for at smertelindringen skal bli bedre. Under dette temaet har jeg valgt å inkludere helsepersonells ulike kompetanse fordi dette kan ha betydning for hvordan samarbeidet mellom sykepleiere og leger foregår. Noen sykepleiere fikk spørsmål om hvordan samarbeidet med andre profesjoner er. Andre fikk ikke direkte spørsmål om samarbeidet, men tok det opp på eget initiativ. Stort sett oppleves samarbeidet med annet helsepersonell som godt, men samarbeidet mellom sykepleiere og leger oppfattes som en utfordring:

...det har jo ikke bestandig vært like enkelt da og...det er jo spesielt lege-sykepleier...at vi føler kanskje at legene har vært litt tilbakeholden...med å gi smertestillende og spesielt til premature som ligger på respirator, skal dem ha morfindrypp?

”...det er vel egentlig i forhold til leger vi har hatt...altså striden på en måte, den største striden har vært...i forhold til smertebehandling.”

En sykepleier opplever at det er lettere å samarbeide med yngre leger enn eldre som henger igjen i gammel tradisjon:

....den eldre garde av leger...er vel litt mer tilbakeholdene da med å gi smertestillende...[...] den gangen dem ble utdanna så mente dem vel kanskje at ungene, at premature ikke kjente smerte, jeg vet ikke, dem fikk vel ikke noe smertestillende den tida, så jeg forstår jo at dem har vært igjennom litt av en prosess med å komme dit dem har kommet i dag men at dem er mye mer tilbakeholden med...dem mener at prosedyrer ikke er smertefulle ofte mens de yngre legene har vel ofte et litt annet syn på det...kanskje litt lettere å samarbeide med.....

Sykepleierne opplever at de selv har større fokus på smertelindring enn legene. De ser behov for forbedring og ønsker endringer. De har innsett at samarbeid er nødvendig og at endringer må foregå på en systematisk og ryddig måte:

Så jeg tror og, men jeg tror at hvis vi skal klare å legge frem tingene på en allright måte, få med legene er kjempeviktig, og få med dem da...for jeg [...] tror alle sykepleierne på avdelinga her ønsker at vi skal få det (smertebehandling) til bedre...

En av sykepleierne mener at sykepleiere og leger har ulikt syn på smerteproblematikken og at det er mangel på respekt mellom sykepleiere og leger:

...det er jo klassisk nok, men det er fortsatt, føler jeg en lang vei å gå før sykepleierne og legene er samstemte og samkjørte og har en gjensidig respekt for hverandre på dette området her. Jeg vet ikke om det er typisk for denne avdelingen eller om det er sånn andre plasser og jeg tror nok gjerne at...det kan være bedre andre plasser...jeg vet ikke...

Kommunikasjon

Noen sykepleiere mener at kommunikasjonen med legene er grei, men at den er personavhengig. Noen leger viser interesse for hvordan det går med barnet, mens andre viser liten interesse og er vanskelig å få i tale. Andre mener kommunikasjonen generelt er dårlig og at de ikke har arenaer der de kan møtes og snakke sammen:

Men så er det det her her med at vi kommuniserer for dårlig, legene og sykepleierne da vet du...jeg tror at vi...altså vi jobber jo to forskjellige blokker altså, vi har jo aldri noe møter...sammen.....men....nei altså jeg føler at dem (legene) er jo åpen for...mye, dem hører jo på oss og det, men vi jobber litt sånn forskjellig likevel da, vi gjør våre ting og så kommer legene og gjør sine ting, forordner sånn og sånn, og så prøver vi jo og rette oss etter det da...

Kommunikasjonen glipper og det uttrykkes som et problem at sykepleiere ikke blir informert om ting som skal gjøres. Sykepleierne opplever at de ikke får summet seg, stilt spørsmål, forberedt barnet eller tilrettelagt for prosedyrer fordi ting skal skje plutselig og med en gang. Følgende sitat ble presentert med innlevelse i stemmen og illustrert med armbevegelser i forhold til hvordan en prosedyre ble utført:

...det er en del av de her daglige tingene da som gjøres, og så har du sånne her tilleggsgting som omteiping av tube som og kan være veldig sånn dramatisk synes jeg noen ganger. Kommer inn og begynner å tape om og drar opp og røntgen og kanskje må ned igjen og så selv om nå bruker mye de her beskyttelses, duodermene ikke sant...

En annen sykepleier uttrykker at det kan være vanskelig å formidle til legen at han skader barnet hvis han fortsetter å behandle ungen slik han gjør. I dette tilfelle handler det om et uerfaren lege som er veldig konsentrert på oppgaven med å legge veneflon og som ikke oppfatter hvordan han behandler barnet og at det som skal til er at sykepleier trenger litt tid for å legge barnet til rette:

Nei det er fryktelig vanskelig! For det er noe med og så formidle det til han eller den eller henne at nå må du vente littegranne altså fordi du knekker den foten der hvis du fortsetter og gjøre sånn. En må få tid til å snu ungen i den vinkelen som du vil ha foten eller hånda. Det er klart at du får jo tilbakemeldinger selv fra den legen det gjelder at ja når du sier sånn så tør jeg i hvert fall ikke å gjøre noen ting. Men jeg føler jo det er litt sånn fordi de ser kun den lille biten, de skal ha inn en veneflon der og det...de tenker ikke at det er muskler og sener og alt som skal følge med, så det er vanskelig. Fordi jeg tror det kan være veldig tøft for de og å bli konfrontert med at de ikke kan, at de ikke er flinke nok for oss sykepleiere.

Mangel på gjennomslagskraft

Selv om sykepleierne anser det å si fra som en av sine viktige oppgaver, oppleves det ikke alltid like enkelt. Det hender at noen har lyst til å si ifra, men ikke gjør det "...som sykepleier (har du) kanskje lyst til å si: nei vet du nå, her skal det ikke skje noen ting for nå har vi faktisk holdt på her i tre timer med ett eller annet....". Det fremholdes av flere sykepleiere at de må bli bevisste på hva slags argumenter de benytter og at det er lettere å argumentere for smertelindring dersom man kan vise til dokumentasjon om uheldige konsekvenser. Noen opplever å bli hørt av legen mens andre opplever at det er anstrengende og at de virkelig må stå på for å bli hørt. Å bli hørt kan være avhengig av hvor godt leger og sykepleiere kjenner hverandre i tillegg til den enkeltes erfaring. De med lang erfaring opplever at de lettere blir lyttet til enn de uerfarne:

Nå synes jeg det er altså det har kommet seg veldig, så egentlig ser vi en stigning. Og at vi blir hørt. Ja, men vi må kanskje være ganske standhaftige. Så kanskje de som er nyere og kanskje ikke kjenner folk så kanskje ikke er så det går kanskje mer på....om du kjenner folket, det er noe det og.

De legene som jobber fast og kjenner sykepleieren stoler på deres erfaring har tillit til at de blir tilkalt dersom det er endringer hos barnet som gjør igangsetting av tiltak nødvendig. Likevel skal det noen ganger stor selvtillit til hos sykepleieren for å tørre å si fra om at barnet trenger pause. En sykepleier beskriver at man må ha ryggrad for å si fra til legen om smerter. Hun skisserer et eksempel på at det kan være nødvendig med en meget sterk appell for å bli hørt. Hun forteller om overtalelse som fremgangsmåte dersom barnet ikke får tilfredsstillende smertelindring. Hun sier selv at dette ikke er en god måte å gå frem på, men dersom det er eneste mulighet for at barnet kan bli ivaretatt på, så gjør hun det:

...for kanskje første gangen du kommer og sier det (at barnet har smerter) så blir du ikke hørt. Ok, da sier jeg det en gang til. Og hjelper ikke det så sier jeg det en tredje gang og jeg. Og hvis ikke det hjelper så finner jeg en ny lege å si det til og. Jeg kan si at "nå kommer du og blir med å se her du og "....Jeg har også sagt det at "assen har du mage! Til å stå å se på det her!" Ja det har jeg også sagt...Så jeg kan være veldig tydelig. Men jeg ser at mange ikke klarer, som synes det er ubehagelig å være...så tydelig da...For det blir jo litt, det kan jo bli en liten konfliktsituasjon da...

Hvem blir tatt hensyn til?

I den intensive neonatalverdenen er det mye som skjer hele tiden og det er mange involverte parter som har sine ulike oppgaver. Sykepleierne strever mot et system som gjør det vanskelig

for dem å ta tilstrekkelig hensyn til barnet. I forholdet til hvem som lettest får oppmerksomhet av voksne og det premature barnet, uttrykker en av sykepleierne seg slik: "...for voksne personer tar jo mer plass i landskapet enn en bitte liten på 26 uker som ligger i kuvøsen og ikke kan snakke...". Noen sykepleiere stiller spørsmålstegn ved om undersøkelsene fører til tiltak eller om den gjøres kun for å ha kontroll på grunn av usikkerhet:

Så er det strengt tatt nødvendig å ta de prøvene, strengt tatt nødvendig å ta den ultralyden der, altså fører det til noe tiltak det vi gjør? Eller er det bare for å få bekreftelse at det er sånn som vi tror....Altså den tankegangen...der tror jeg vi har litt å jobbe med. Det går jo veldig mye på usikkerhet da.

En av sykepleierne lurer på om alle prøvene er et slags vitnesbyrd for helsepersonell over hvor flinke de er: "Kanskje det er å få bekreftelse på at vi...hvis svarene er bra så, se hvor flinke vi er....At en kan slenge noe i bordet." Institusjonens organisering kan være lite tilpasset barnets behov. En kombinasjon av et tungrodd system og enkeltpersoners prioriteringer kan hindre det å ta individuelle hensyn:

...så vi gjerne har større mulighet til å ta (prøver) som sagt når det passer barnet det er vanskelig det er et tungrodd system egentlig liksom det å få legene liksom til å være kanskje mer fleksible i forhold til når det passer barnet.

Dersom det kan ta litt tid å få hjelp, kan det i blant være mest komfortabelt og lettvtint å gjøre ting selv fremfor å vente. Man vet at andre har det travelt og man har selv har andre oppgaver som skal utføres. I enkelte tilfeller kan det derfor være mest praktisk å handle på egenhånd:

Altså og så ser du deg rundt og så ser du at alle er opptatt, det greit hvis det er veldig travelt og ungen,...du er bare nødt til å suge akkurat nå så er det en ting, men av og til så er det jo bare det at du ikke ser deg rundt og så ser du ingen, ja nei, ok det passer meg nå.

Det kan synes som at hensynet til barnet kommer i andre rekke også i forhold til hvor skolert personalet er. Sykepleierne opplever at det stilles store krav til dem før de får jobbe med de aller minste. De synes imidlertid ikke det stilles like store krav til legers kvalifikasjoner og at det til tider kan oppleves utrygt når en lege kan for lite, eller mindre enn sykepleierne.

Rutinene bør endres slik at det stilles like store krav til legene som til sykepleierne i forhold til å slippe til:

.....men det har jeg egentlig gitt tilbakemelding på til de høyere herrer på den fronten at jeg synes at de stilles store krav til oss som sykepleiere, men de må gjerne se litt mer på seg selv også. Det er ikke bare vi som skal kunne ting eller kunne mer enn legen det er faktisk legens ansvar å sette seg inn i ting å få en trygghet i det....

Medmenneskelig kompetanse og faglig innsikt

På spørsmål om viktige egenskaper hos sykepleiere, nevnes en rekke ulike egenskaper: medmenneskelighet, se at det lille barnet er et menneske og ikke en ting, erfaring, kunnskap og forståelse, personlighet, se helhetsbilde, utdanning, klinisk blikk, respekt og ydmykhet, se sårbarheten, se at handlinger får konsekvenser, ha selvtillit, videreformidling av observasjoner, engasjement og gode holdninger. I løpet av samtalen kom sykepleierne nærmere inn på, og utdypet disse egenskapene. I det følgende presenteres noen av disse kvalifikasjonene.

Utdanning og erfaring. En av sykepleierne fremholder at observasjoner som gjøres angående smerte er avhengig av den erfaringen sykepleieren har:

Det går jo egentlig på hva sykepleieren observerer så det er jo egentlig er det veldig individuelt, altså hvor...hva tolker den aktuelle sykepleieren som smerte og det og vil jo mest sannsynlig være veldig avhengig av erfaring.

Kunnskap. Kunnskap nevnes å være både klinisk observasjon og teoretisk kunnskap ”....men jeg tror veldig på det med, at en bryr seg og kjenner disse små. Altså erfaring. Ja...at du kan lese de litt. Det går jo på kunnskap det også.” De fleste sykepleierne i undersøkelsen har videreutdanning og/eller fordypning og de mener at kunnskap er inspirerende, gir forståelse og ønske om videre fagutvikling. Kunnskap og erfaring ser ut til å kunne gi barnet en bedre beskyttelse mot smerter, og gir i tillegg lavere toleranse for uskånsom behandling:

...jeg kjenner liksom at...mulig at jeg har stått oppe i så mange situasjoner totalt sett at jeg har liksom piggene ute veldig fort, med en gang en merker at dette her ikke er optimalt...

...og det er klart at ender jeg opp i en sånn situasjon igjen, så vil jeg kanskje være mye tidligere ute med å stoppe han eller si at han må få noen andre til å stikke eller et eller annet...

Selvtillit. Noen sykepleiere mangler selvtillit, men vurderes som en viktig egenskap blant annet fordi man kan ta vare på barnets behov fremfor at fokuset dreies over på andre forhold: Å stole på egne handlinger og egen kunnskap kan bidra til å redusere antall prosedyrrelaterte handlinger overfor barnet. Trygghet og erfaring hevdes å være grunnlag for endringer: ”...også tror jeg det går mye på holdninger og til sykepleierne, at en faktisk kan ...stole litt mer på seg selv altså som sykepleier, stole litt mer på det du ser...” Selvtillit kommer av erfaring, og kunnskap gir trygghet ”Kanskje du blir litt tøffere og når du får mer kunnskap. Jeg

tror på det, for da vet du hva det er som er det rette”.

Holdninger. Holdninger blir skapt av den kunnskapen du har og gode sykepleierholdninger anses å være viktig ”Men ellers så tror jeg nå at vanlige sykepleiefaglige holdninger kommer du langt med,...hvis du går litt i dybden i dem da”. Det kan være vanskelig å jobbe med holdningene sine og viktige egenskaper er empati.

Empati. Evne og vilje til å sette seg inn i andres situasjon og prøve å kjenne det barna gjennomgår på egen kropp, anses å være en viktig egenskap. Prosedyrer som er vondt for voksne, vil også være vondt for barnet:

...tenke litt over holdt jeg på å si hva du selv synes var ubehagelig. Altså jeg tenker sånn i forbindelse med suging foreksempel, det kan jo umulig være noe særlig godt om vi hadde blitt sugd holdt jeg på å si prøve også overføre det til at det er ikke greit for ungen heller.

Legens erfaring som betydning for barnet

Erfaring som positiv eller negativ egenskap hos legen, nevnes i likhet med sykepleieren erfaringer, som viktige faktorer i smertelindringen. Sykepleierne har erfaring med at ulike egenskaper hos legen betyr ulik behandling for barna. Samarbeid kan være utfordrende og hvor smidig en prosedyre utføres er avhengig av legens erfaring. Men lang erfaring er ikke nødvendigvis ensbetydende med god behandling. Personlighet nevnes å spille en viktig rolle. Enkelte lar seg ikke påvirke av andres meninger og oppfattes som uforanderlige og får lov å utføre ting på sin måte fordi man har gitt opp å forsøke og samarbeide:

...men så får man ofte høre når man....kommer opp i sånne situasjoner ”ja hvem var legen da? ..jo ja det var han og han, ”å ja, nei men da er det ikke noe å gjøre med, han er bare sånn” Det er liksom en vedtatt sannhet at personer ikke kan endres og så har folk gitt opp litt i forhold til endringer å forsøke å gjøre noe med det...

Usikkerhet og manglende erfaring. Noen leger med manglende erfaring gjør seg bemerket i negativ forstand ved at de beskrives å ikke kjenne sin begrensning i forhold til egen kompetanse. Mangel på grenser medfører at barnet blir påført unødvendig mye smerte:

Det er liksom sånn det som jeg føler er problemet og da er det veldig vanskelig å bremse de for de vil prøve selv. Og...de har ikke noen sperre for hvor mange ganger de kan tillate seg å stikke.

Når legen oppfattes som usikker, engstelig og redde eller mangler kunnskap har sykepleierne erfaring med at det ikke blir gitt, eller er vanskeligere å få gitt smertelindrende medikamenter.

Det beskrives som en fordel med de nye assistentlegene som er ydmyke i utgangspunktet fordi de er mer lydhøre og ikke har en oppfatning om at de er verdensmestere. Samarbeidet oppfattes å være bedre og resultatet for barnet blir mindre smerte:

Det er jo veldig lett for meg å si at, det er jo egentlig legen som må være litt mer lydhør, men vi merker jo forskjell, jeg merker noen av de nye assistentlegene de er veldig ydmyke. Når de kommer. Og det er jo en kjempefordel. Altså da er det mye lettere å bremse de enn de som kommer liksom inn og er verdensmestere med en gang.

Foreldrene trenger hjelp til å bli kompetente

Å trekke inn foreldre som ressurs i smertelindringen kommer til uttrykk som en utfordring. Sykepleierne innehar kunnskap og informasjon om barnet og hvordan foreldrene kan bidra til å redusere smertefulle prosedyrer. Foreldre som støtte fremkommer som et ønske fra sykepleiernes side, samtidig som sykepleierne ser ut til å gjøre vurderinger som medfører at foreldrene blir en uutnyttet ressurs for sine barn. Ønske om å inkludere i kombinasjon med at man ønsker å beskytte foreldrene kommer til uttrykk i følgende sitat:

...det er jo det vi prøver på også....å dra dem inn stadig tidligere da...å gi dem en følelse av at det er dems unge, og informert dem mer, men samtidig så er det...noe å...du føler at du påfører dem mye hvis du skal begynne å fortelle dem om den smerten vi påfører ungene dems...jeg føler vel at dem ofte har nok likevel om vi ikke skal begynne å minne dem på det.

Foreldrerollen

Foreldre til premature barn er kastet ut i en situasjon de ikke er forberedt på. De mangler både kunnskap om det premature barnets behov og om hvordan de kan ta hånd om barnet. Sykepleierne opplever at foreldrene har en sterk vilje og et ønske om å være der for barnet sitt og hjelpe med å redusere stress og smerte:

Ja...det er jo det at de er der når det det skjer ting, at de kan være der og holde og støtte og...det kommer jo an på hvor tøffe de er og orker og Ja...men veldig mange har jo lyst til å være med.

Sykepleierne ønsker mer fokus på foreldrenes bidrag i smertelindringen og en god tilknytning er avhengig av hvor god undervisning foreldrene får, ”...så jeg skulle nok ønske enda mer fokus på det med hva kan jeg gjøre og kan mor og far gjøre i forhold til alt...til smerte...”.

Avhengighet og tillit. Foreldrene mangler den kunnskapen sykepleierne har og sykepleierne beskriver at foreldrene er i en stressende situasjon og et avhengighetsforhold. Foreldrene er prisgitt sykepleieren og må stole på dem ”Foreldrene er jo veldig prisgitt det vi holder på med”. Flere sykepleiere opplever at foreldrene har tillit til sykepleierne ”Dem har jo et veldig høyt stressnivå da, foreldrene i den tiden der.....dem stoler jo utrolig på oss altså”.

Informasjon og veiledning

Sykepleieren tydeliggjør at de har kunnskap som favner ulike aspekter i omsorgen for barn og foreldre. Det synes ikke nødvendigvis opplagt at foreldrene gis mulighet til å dele kunnskapen. Dette til tross for at sykepleier ser ut til å mene at dersom foreldrene hadde hatt kunnskap, kunne det redusert den belastningen barnet går igjennom og behandlingen kunne vært annerledes. Sykepleieren uttrykker at det at foreldrene får delta og gjøre noe konkret for barnet kan redusere foreldrenes følelse av avmakt og hjelpeløshet:

...men også gleder jeg meg og veldig til og så...få mer fokus på mor og far...på familien, ikke bare på babyen, men på mor og far få de mer med i stellet helt fra begynnelsen, lære de opp og fortelle de mer om hva vi ser etter, om vi ser på hva barnet forteller og jeg tror det vil gjøre en enorm forskjell i tilknytningen til barnet. Jeg tror foreldrene føler en sånn vanvittig avmakt og hjelpeløshet når de får et så lite barn....

Foreldrenes vilje til å virke stresslindrende og smertelindrende er stor, men uten praktisk støtte og råd blir foreldrene usikre. God veiledning bidrar til at foreldrene blir kjent med barnet og kan gi dem kompetanse og trygghet. Kompetente foreldre kan gjøre en forskjell for barnet og utfordringen er å hjelpe dem å tilegne seg kunnskap. To fortellinger fra samme sykepleier illustrerer ulik støttende virkning:

...så det er klart at foreldrene sin vilje til å virke stresslindrende og smertelindrende er uuttømmelig....Men foreldrene sin kunnskap om det, kan være lik null, sånn at hvor vellykka det blir er avhengig av hva slags undervisning foreldrene får, det er derfor jeg føler det er så viktig at vi kommer inn fra dag en og forteller at ”ser du nå ligger han sånn og sånn med hendene og se så fin, nå fikk han hånden opp til munnen og suge litt på fingeren sin og det er noe han gjør for å roe seg selv ned, og det...er veldig, veldig flinkt barn du har som kan få til det selv, mens se nå trenger han litt mer støtte for nå spriker han ut med armer og ben, og nå skal vi samle han, og sånn og når vi skifter bleie så gjør vi det på den og den måten for at ungen skal få puste fritt og for at han ikke skal få alt blod i hodet sitt” og...skjønner du?...altså det er avhengig av at du lærer de opp!

”Har dere lyst til å skifte bleie dere? Men hvordan , vi har aldri gjort det før. Nei, men det går så bra,” ikke sant.. og så står de der og føler seg veldig usikre, og skal skifte bleie på et 800 grams lite barn for første gang, og så sykepleieren setter seg på stolen ved siden av

å sier ”nei, det går så bra” De får masse oppmuntring og masse sånn, men det de trenger er jo praktiske og konkrete råd og tips at sånn tolker du et umodent barn....ikke sant..

Velment skjerming

Kunnskap hos foreldrene er avgjørende for i hvilken grad de kan være med på å hjelpe barnet. Sykepleierne viser et ønske om å beskytte foreldrene, men fratar dem dermed kunnskap som kunne gjort dem i stand til å bidra i smertelindringen til barnet:

...hvis en av oss som jobber her hadde kommet med en unge, så er det klart at det er kunnskapen som...de foreldrene da sitter med, hadde påvirket det vi hadde gjort...det er klart det....Man føler at man på en måte skal beskytte foreldrene litt også da, de er jo så nedkjørt.

Det kan synes som om foreldrene skjermes ved at den informasjonen som gis filtreres. I et velment ønske om å beskytte foreldrene, blir barnets vern svekket. Refleksjoner fra en av sykepleierne gjøres om at dersom sannheten hadde kommet frem ville det ha fått konsekvenser i form av endret behandling:

...vi på en måte fører foreldrene litt bak lyset da...vi sier ikke alt...det er litt fælt egentlig for hadde det vært meg så ville jeg ha visst alt...jeg tror at hvis vi hadde vært dønn ærlig hele tida til foreldrene så hadde vi ikke fått lov til å røre ungene deres...

Narrativene

Informantene ble spurt om de kunne fortelle om en opplevelse der smertelindring på en eller annen måte hadde vært utfordrende. To av respondentene kunne ikke komme på noen episoder, men hadde likevel en formening om situasjoner generelt og hva som er årsaken til at man husker episoder som har vært utfordrende. Flere av respondentene hadde mer enn en opplevelse de delte med meg. Sykepleierne fortalte til sammen 13 historier. En respondent fortalte om en opplevelse som hadde vært positiv og at hun av den grunn husket den. En refererte til en positiv opplevelse som en bekjent fortalte om. Noen av historiene har foregått tilbake i tid, mens andre nylig har skjedd. Selv om noen av sykepleierne mener at det er mer åpenhet for å si fra nå enn tidligere, ser det ut til at uetisk/uskånsom behandling stadig finner sted.

Situasjonene

Sykepleierne starter historiene sine med en kort oppsummering av hva opplevelsen dreier seg om. Noen utdyper fortellingen på eget initiativ, mens andre forteller mer etter at de blir oppfordret om å fortelle mer utdypende. Situasjonene det fortelles om er både i forbindelse med langvarige tilstander og mer kortvarige prosedyrerelatert behandling. Fellestrekk er at smertene av en eller annen grunn ikke blir lindret. Problemet er altså ikke at prosedyrene blir utført, men det er måten prosedyrene blir utført på det stilles spørsmålstegn ved. I det følgende presenteres noen innledende sammendrag som sykepleierne selv gjør av sine fortellinger:

Jeg husker en vi hadde hatt i ett og et halvt år han levd han i et smertehelvete i ett og et halvt år....det var først når han, det var da først når det var bestemt at det ikke var noe mer å gjøre at fikk morfin.

[...] hvorpå den ene legen instruerer den andre og det er bom, og bom, bom, femten ganger bom. Sykepleieren prøver å insinuerer at barnet trenger pause. ”Nei, vi fortsetter, vi prøver en gang til” de pakker opp venefloner og venefloner og venefloner, ikke før forsøk nummer femten så sier denne legen som burde tatt ansvar etter få forsøk, at nå prøver jeg. Og trenger da fem forsøk på å komme inn.

Det kan være glidende overganger mellom akutte og mer vedvarende smerter. Ulike situasjoner har ulike utfordringer. En tilstand kan være kronisk, men med akutte situasjoner innimellom:

...vi hadde (et barn) liggende her som [...] hadde fryktelig dårlige lunger....og med en gang hun stressa seg opp fikk hun jo ikke ventilert seg selv...[...] sånn at hun måtte legges i en narkose egentlig for at hun skulle bli ventilert skikkelig [...] slimet var så seigt at du fikk opp det heller så tuben gikk tett [...] ble gått ned og sugd voldsomt mye i tuben der, satt ned saltvann og.....altså....masse...og bægga og skvisa [...] så ble det tatt opp det der med å gi bare muskelrelaks uten å gi morfin i tillegg, altså det var jo på en måte ikke sett på som smertefult, [...] men når du ikke får luft nok så ser jeg at det er jo smerte det...[...] det føltes veldig uetisk å ikke gi morfin i tillegg...så det ble gjort da heldigvis..

Aktører

I tillegg til barnet var det i situasjonene både sykepleiere og leger tilstede. I ett tilfelle var i tillegg anestesilege tilstede, og i et annet tilfelle medisinstudenter.

Narrativenes etiske problemområder

Det er flere utfordringer som kommer til syne som problematiske. Det overordnede problemet er at sykepleier observerer smerte hos barnet, men at smertene ikke blir lindret. Her presenteres de viktigste fellestrekkene.

Hva er vondt. Det er det uenighet mellom lege og sykepleier om hva som er vondt. Smertelindrende medikamenter blir ikke gitt i det hele tatt eller det blir gitt først etter langvarige og vanskelige diskusjoner.

Sykepleierne blir overhørt. Sykepleierne observerer at barnet har smerter og gir begrunnede tilbakemeldinger på at barnet har behov for smertelindring. Barnets smerte blir oversett og sykepleiernes argumenter blir ikke tatt hensyn til. Sykepleierne blir mistrodd og det blir stilt spørsmålstegn ved sykepleiernes intensjoner:

...vi følte jo litt på det her at legene trodde at vi ville at han skulle ha smertestillende for at vi synes det var slitsomt at han skreik ikke sant. Dem gikk visitt dem og så dem korte øyeblikkene, vi sto hele vakter med en unge som sto i bue...

Det oppstår en maktesløshet i situasjonen overfor lidelsen og sykepleierne opplever det som problematisk at de ikke har påvirkningsmuligheter. Det fortelles også om manglende appellmuligheter: "...du kan jo ikke stå å gi smertestillende mot legens forordning, det kan du ikke...Det var en bakvakt, så vi hadde liksom ikke flere å ringe etter heller da..."

Barnet blir ikke sett som menneske. Det blir fremhevet at det er problematisk at barnet ikke blir sett på som menneske. Noen har en oppfatning om at barnet blir behandlet mer som en forsøkskanin enn et menneske. De sykepleierne som har jobbet med voksne intensivpasienter fremholder at behandlingen de premature blir utsatt for ikke ville skjedd med voksne. Mye av behandlingen blir sett på som så alvorlig at et voksent menneske i etterkant ville stilt helsepersonell til ansvar.

Hvorfor episodene huskes

Sykepleierne ble spurt om hva som gjør at de husker situasjonene. De forteller at det er de sterke inntrykkene og følelsene som gjør det. Det skaper refleksjon av eksistensiell art i forhold til hva barna utsettes for og hva slags konsekvenser behandlingen får for barna på kort

og lang sikt. Tanker uttrykkes om at det blir begått urett og overgrep mot barna: ”Nei det er jo fordi at du føler at det er gjort skikkelig overgrep da! Det er jo det.. altså det er jo tortur...”

Overværelse av smertefulle situasjoner gjør at sykepleierne får dårlig samvittighet og føler avmakt. En av sykepleierne beskriver at hun føler ulyst mot å ha barnet fordi hun ikke orker å forholde seg til smertene når hun som sykepleier ikke har noe å stille opp med. En annen forteller at bare det å høre om hvordan barnet blir behandlet er grotesk og nok til å freeke ut: ”For bare det å høre den historien var, var nok til å freeke ut ikke sant....Det vare det var et skrekkeksempel ! Skulle ikke tro at det skjedd på denne siden av årtusenskiftet altså.”

Opplevelsene som sykepleierne har gjør at de blir urolige og slitne.

[...]fordi at det har gjort sånn inntrykk rett og slett. [...]...og så er det ofte det her at ..at kanskje ting skjer i forbindelse med at ungen er veldig ustabil og....at du kanskje har vært litt redd i tillegg.....for at noe, at du at han ikke skulle ha klart seg eller...redd for at ting skulle gå galt og...det og er jo med på å på en måte huske ikke sant...at du var redd, at... du følte...ubehag rett og slett.

Nei de er faktisk så ubehagelig at du har nesten ikke lyst til å ha barnet. For det er så lite du kan bidra med.....der fikk dem jo ikke i gang mat heller da for det at det ble jo starta med morfin til han vi fikk jo ikke i gang tarmen så (morfinen) ble seponert...og ungen var urolig hele tida. [...] ja du har jo faktisk lyst til ikke å forholde deg til det...til slutt...for du har jo på en måte ikke noe å stille opp med.

Hva som skiller seg ut

En fortelling skiller seg ut ved at den huskes som positiv. Det er i en situasjon der det legges inn thoraxdren og når sykepleier formidler observasjoner på smerte, blir morfin gitt og legen venter med videre prosedyren til barnet er godt nok smertelindret. Fortellingen er et eksempel der samarbeidet fungerer godt og viser en atmosfære der helsepersonells åpenhet og respekt for hverandre medfører en god og verdig behandling av barnet.

Oppgjør med eget ståsted og praksis

Sykepleierne ble spurt om hvordan hendelsene har påvirket dem i deres yrkesutøvelse senere. De forteller at det har oppstått ønske om å tilegne seg mer kunnskap og de reflekterer over endringer som kan gjøres for at praksis skal bli bedre. Noen sykepleiere har bestemt seg for at de skal og si tydeligere fra ved liknende situasjoner senere og at bevissthet rundt situasjonen vil gjøre det lettere å si ifra ved en annen anledning. Sinne og frustrasjon ser ut til å skape et engasjement for bedre smertelindring. Noen sykepleiere har gjort opp status i forhold til hva de holder på med og om det er hver å ta den følelsesmessige påkjenningen som de beskriver at

jobben innebærer. Respondentene i sitatet under har bestemt seg for å fortsette fordi hun kan gjøre en forskjell og det er positivt å se at det skjer endringer selv om det går sakte fremover:

.....men altså det gjør at du på en måte du, har lyst til å finne ut av hva er det som gjør at du havner i denne situasjonen her...så blir det jo sånn at, du får lyst til å slutte da! Jeg får jo lyst til å slutte, nei vet du det her kan jeg ikke holde på med, jeg har jo tenkt det noen ganger....[...] en føler jo hele tida at en på en måte balanserer mellom...vil du jobbe med det her eller vil du ikke? Og....men nå har jeg nå en gang begynt her og vi har jo engang muligheten til å redde ungene ned i uke 23...så da føler jeg at da kan vi likke bare legge seg bakpå nå og si at; ”nei, det her orker jeg ikke noe mer”. Selvfølgelig så kan du jo gjøre det og, men jeg tenker at det er mye forbedringspotensiale og. Jeg tror kanskje at...ja...det er det som på en måte holder en litt oppe da, at folk jobber jo videre med...du jobber jo videre med å få belyst....det der med smerter...og det jobbes jo hele tiden videre for at vi skal komme oss et steg videre til barnet sitt beste da.

6. 0 DISKUSJON

Menneskebarnet

Funn fra denne studien viser at sykepleierne ser barnet i Martinsens betydning av det å sanse, de ser det premature barnet som en unik person til tross for barnets manglende evne til verbalt å uttrykke seg. "Sansningen lar den andre, som jeg ikke nødvendigvis kjenner tre frem som fremmed og vedkommende" (Martinsen, 2000 s.12). Utfordringen er å ha mulighet til å se barnets forsøk på å nå frem i et mylder av stimuli som krever sykepleierens oppmerksomhet. Human behandling og ivaretagelse av barnets menneskelighet står på spill.

Kapittelet starter med å diskutere personbegrepet i forhold til at det ikke er likegyldig hva slags begreper som benyttes i omgangen med det premature barnets menneskelighet. Teolog Henriksen og filosofene Vetlesen og Monsen har ulike syn på når et menneske regnes for å være en person. Fordi jeg anser personbegrepet som sentralt og nært knyttet til menneskelighet, blir en avklaring prinsippielt viktig. Avklaring av ordets innhold blir sentralt for å kunne benytte Martinsens personorienterte profesjonalitet, fremfor det tradisjonelle profesjonalitetsbegrepet.

Barnet er fra fødselen et helt menneske

Innen filosofisk tenkning er mange opptatt av mennesket og hva mennesket er. Begrepene individ og person, blir i den forbindelse viktig. Monsen (2000) mener at det er en betydelig forskjell i begrepenes meningsinnhold. Det å være individ er å være "et eksemplar" av menneskearten, mens en person er menneskets innhold og mening. Personbegrepet bærer bud om de mulighetene som ligger i det enkelte mennesket. I følge Henriksen og Vetlesen (2003) betegnes det å være en person som betinget av å være et moralsk subjekt. Moralsk person blir man når man kan gi omsorg i en erkjennelse om at andres avhengighet av meg gir meg et moralsk ansvar. Å vokse frem til å bli en person innebærer et kognitivt og følelsesmessig aspekt der det å gi omsorg er en bevisst handling og dermed betingelsen for å bli regnet som

en person (ibid). En person er dermed ikke noe man er, men noe man blir. Hva er da det premature barnet om det ikke er en person?

Monsen sier at personbegrepet har en rekke sentrale begreper som menneskets iboende verdighet, hver enkelts særegenhet, den frie sjel, åndelighet, subjektivitet og følsomhet og er bland annet uavhengig av alder (Monsen, 2000). Vilje til å formidle, eller å foreta en handling med det formål å utløse en eller annen form for respons hos den andre, slik det beskrives av Henriksen og Vetlesen, er i følge Monsens syn ikke en betingelse for å bli regnet som en person. Monsens personbegrep er dermed mer inkluderende og det premature barnet trenger ikke å "vente" med å bli en person. Det premature barnet er person allerede fra det er kommet til verden. Det å være en person henger nøye sammen med det å være menneske. Å være menneske innebærer at man skal behandles med respekt. Dersom man i helsevesenet skal ha fokus på mennesket og kunne ivareta menneskeligheten, må man se og behandle pasienten som mer enn et kasus. "Å se menneske som kasus, reduserer menneskeligheten" (Monsen, 2000 s.31). Å kun se det premature barnet som et spennende tilfelle, eller kasus, vil redusere mennesket til et objekt og det kan bli resultatet dersom man "går over fra å sanse til det å registrere" (Martinsen, 2003 s.10). Det vil føre til at barnet blir uviktig og betydningsløst. Heri ligger et potensiale for umenneskelighet. Den enkelte må bruke bevisstheten om sitt moralske ansvar til å styrke barnet, ikke for at barnet skal bli en person, men for å vise at barnet er en person. Gjennom bevisst holdning til det assymmetriske maktforholdet mellom barn og helsepersonell vil det være med å gjøre barnet mektigere slik Vetlesen og Henriksen (2003) sier det. En av respondentene tar opp det paradokse i at voksne tar større plass i landskapet og at barnet dermed får mindre betydning. Dersom barnet skal få større betydning, må sykepleieren selv bemyndiges i den betydning at hun har tro på egne observasjoner og kvalifikasjoner uttrykt som selvtillit. Selvtillit nevnes av respondentene å være viktig for å si fra om, og sikre at barnet får nødvendig medikamentell smertelindring når sykepleiernes ikke-medikamentelle tiltak ikke er tilstrekkelig. En av respondentene er opptatt av den uforbeholdende respekten vi bør ha for det skjøre lille menneske, noe som gjenspeiles i narrative.

Sykepleiernes smertevurderinger gjøres ut fra fysiologisk respons som, puls og blodtrykk og som kan leses ut fra teknisk måleinstrument, og adferd- og følelsesuttrykk som gråt, ansiktsgrimaser og ulike grader av aktivitet (vedlegg 8). Sykepleierne ser mer enn det

tekniske, og ser uttrykkene for smerte og lidelse, de ser det som er menneskets innhold og mening (Monsen, 2000). Et bredere perspektiv av kunnskap basert på fagkunnskap og egen erfaring blir benyttet som vurderingsgrunnlag for smerter, og er kriterier for det Martinsen (2000) mener er å være profesjonell. Ulik kunnskap benyttes for å verne om det lidende menneskets integritet og liv. Martinsen betegner dette som personorientert profesjonalitet. Den personorienterte profesjonaliteten overfor det premature barnet fordrer et personbegrep slik det er beskrevet av Monsen. Martinsens syn på faglighet er i tråd med sykepleiernes verdigrunnlag der hele mennesket skal ivaretas (NSF, 2001) og er i samsvar med faglig forsvarlighet og at det skal ytes omsorgsfull hjelp med henblikk på å ha fokus på medmenneskelighet (Molven, 2006).

Slik Sørli, Førde, Lindseth, Nordbergs (2001) studie viser, oppfattes faglig distanse slik at man skal holde avstand for å kunne ta objektive og riktige avgjørelser. Men er en slik faglig distanse i veien for den menneskelige nærhet? Er ikke den menneskelige nærhet nødvendig for å handle medmenneskelig og humant? Og er den faglige distansen forenlig med Levinas sitt syn på det menneskelige møtet? Sykepleierne i denne undersøkelsen sier at vi må være flinkere til å behandle barnet som spesielle mennesker som har individuelle behov. Ved å se og ta hensyn til barnets spesielle behov, kan antall smertefulle prøver og ubehagelige undersøkelser reduseres. Forsvarligheten kan opprettholdes selv om ikke alle premature gjennomgår samme antall prøver og samme type undersøkelser. Dersom vi tar hensyn til sykepleiernes verdigrunnlag, kriterier for medmenneskelighet samt internasjonale lover og regler som skissert innledningsvis, blir forsvarligheten om mulig større ved å ivareta individuelle behov.

At teknologien ser ut til å ha nådd en grense for hvor små barn det er mulig å redde, ses på som en mulighet for å rette fokus på mennesket. Funn viser at sykepleierne synes at det teknologiske fokuset har fått råde lenge nok og de ønsker å gripe fatt i den muligheten dette gir for at det premature menneske skal få tre tydeligere frem. Den forsiktige måten dette blir trukket frem på og som understreket som kontroversielt, peker mot et miljø der omsorg og såkalte myke verdier ikke verdsettes. Hovedfokus er rettet mot andre forhold, og barnet som menneske blir utydelig. Betydningen av å se mennesket uttrykkes å være viktig. "Den andre tilkjenne gir seg i ansiktet" (Levinas, 2004 s.62). Barnet vender seg mot sykepleieren og

barnets ansikt og sårbarhet trer tydelig frem. Sykepleierne sier at barnet fordrer ydmykhet og må møtes av skolert personalet og ikke brukes som forsøkskanin. Sykepleierne er inneforstått med at helsepersonell trenger trening slik at de blir gode til å behandle barnet. Erfaring skal tilegnes på en måte som utsetter barnet for minst mulig belastning og opplæringen må foregå på barnets premisser. Det sykepleierne forteller er i samsvar med det Martinsen beskriver hva sykepleie er "Sykepleie er omsorg for det lidende og syke menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk" (Martinsen, 2003 s.38).

Barnets uttrykk

Sammen med aktivitet og fargeforandringer, er barnets ansiktsuttrykk et av vurderingsgrunnlagene sykepleierne benytter. En av sykepleierne stiller spørsmålstegn ved en selektiv forståelse av ulike uttrykk fra barnets side. Hun forkaster oppfatningen av at barnet ikke viser følelser. Følelsene hos barnet fremtrer som et uttrykk, ikke som en intendert handlingsuttrykk slik Vetlesen og Henriksen ser som kriterium for å være en person. Men uttrykkene kan sees som et signal for hvordan barnets indre tilstand er (Als, 1986). De menneskelige trekkene vises i barnets ansikt og det blir forstått som en appell om å bli ivarettatt. Barnet tillegges evne til å vise følelser, noe som kan være med på å menneskeliggjøre barnet. Den annens ansikt eller den annens humanisme, blir tydelig for sykepleieren og barnet trer frem som betydningsfullt. Sykepleieren er rammet av barnets sårbarhet slik Levinas (2004) beskriver det. Det å bli rammet av appellen gir sykepleieren "en ordre, ut av sin nakenhet, ut av sin ribbethet" (Levinas, 2004 s.64). En slik ordre gir sykepleieren i kraft av sykepleiens vesen, en ordre om å svare (ibid). Det dreier seg ikke om en pålagt plikt eller ordre av normativ karakter. Det betegnes av Løgstrup (2000) som den etiske fordring. Med Levinas endret fokuset seg fra jeget som første fokus til at det er den andre som er i fokus og som er den utløsende part for møtet (Aarnes, 2007). Barnet er den første beveger og utløser et krav om å bli tatt imot.

Martinsen (2000) sier at å se menneske som seg selv innebærer å identifisere seg med den andre. Den andre er lik meg fordi vi er mennesker, men likevel forskjellig fordi det enkelte menneskets særegenhet og ulike behov er forskjellig. Sykepleierens evne til berørthet eller å føle seg truffet av det moralske ved en situasjon viser følelsesmessig åpenhet. Barnet har

fokus og Ansiktet er det som utløser det etiske ansvaret (Levinas, 2004). Sykepleieren er seg sitt moralske ansvar bevisst. Empati og innlevelse, det å kjenne på egen kropp og sammenlikne det ved å sette seg inn i den andres sted fremheves som viktig for å møte smerten som er tilstede hos barnet. Sykepleieren må se på er i tråd med det Martinsen (2003) betegner som å se sansende. Sykepleiernes indre verdier kommer til uttrykk og fokus er på barnet. Hun viser at den tilliten som er gitt henne er tydelig og treffer henne og fordrer respektfull mottakelse. Respekten vises gjennom handlingene sykepleierne utfører eller forsøker å utføre for å lindre barnets lidelse. Dersom sykepleieren ser appellen, men blir hindret fra å møte den, er da appellen møtt?

Møtet

Ut fra det som er beskrevet til nå i kapittelet er det foregått et møte mellom sykepleieren og barnet slik Levinas (2004) beskriver det. Møtet fordrer en åpen vilje fra sykepleierens side for å kunne se barnets åpenhet. Det er i dette skjæringspunktet Levinas og Martinsen utfyller hverandre. Møtet skaper en relasjon ut fra forutsetningen om at barnet oppfattes som en person etter Monsens kriterier. Møtet fordrer en vilje fra sykepleierens side til å forstå og å ta ansvar for relasjonens utvikling og omfang. Samhandling kan foregå ved at sykepleier og barn utveksler informasjon på hver sin måte ut fra sine egne forutsetninger. Sykepleieren fanger opp signalene ut fra barnets forutsetninger for å si ifra, selv om uttrykkene kan betegnes mer som reflekser enn intenderte handlingsuttrykk. Slik kan sykepleieren benytte en form for tilrettelagt kommunikasjon med barnet der hun benytter sin medmenneskelige forståelse til å styrke barnet. Hun forsøker å forstå hva barnet selv ville ha ønsket dersom det hadde vært i stand til å uttrykke det.

Hvis de premature hadde hatt tenner.....

Barnets egenskaper, eller mangel på evne til å uttrykke seg tydelig beskrives ved en av sykepleiernes beretning om at dersom de premature hadde hatt tenner ville behandlingen vært annerledes. Betyr det at man må ha muligheten til selv å forvare seg for å bli behandlet humant? I enkelte tilfeller kan det tyde på det. Selv om overgrep ikke er ment som det, kan opplevelsen av en handling være som ved et overgrep. Konsekvenser i form av posttraumatisk stressyndrom er vist hos barn som er intensivbehandlet (Rennic et al, 2002). Sykepleierne tilkjennegir en erkjennelse om at de selv påfører smerte og ubehag og at de ved flere

anledninger kunne handlet annerledes og mer skånsomt. De ser sin begrensning innenfor rammene av det å jobbe med skjøre liv der myke verdier står i kontrast til maskinenes ofte livreddende brutalitet. Ansiktet står i fare for å forsvinne og mennesket kan gli over fra å være person til å bli et individ slik det beskrives av Monsen (2000). Martinsen (2000) uttrykker bekymring for hvordan balansen kan ivaretas. Det premature barnets tenner, eller behovet og nytten av å forsvare seg kan bli en påminnelse om at balansen mellom den registrerende og sansende måten å se på er blitt forrykket og tiltak må til for å gjenopprette balansen. Den registrerende måten å se på synes ikke som den rådende måten hos sykepleierne i denne undersøkelsen. Det betyr ikke at å se registreringen er fraværende, for det kommer frem at i enkelte situasjoner som akuttsituasjoner, skyves følelsene i bakgrunnen og man handler for å redde liv. Man blir tvunget til å sette egne følelser til side for å kunne handle hensiktsmessig, effektivt og rasjonelt. Sykepleierne kombinerer faglig forankring og sansning av barnet slik Martinsen (2000) beskriver det. Utfordringen ligger i balansen mellom å ta hensyn til barnet som menneske og den virkeligheten som fremtrer når ting skal skje fort og det står om liv. Senere i oppgaven vil jeg diskutere hvordan det rammer sykepleieren som menneske når hun blir hindret fra å ivareta mennesket. I neste avsnitt beskrives noen av det sykepleierne oppfatter som hindringer for å handle i tråd med det de ønsker.

Forskjell på ideal og virkelighet

Et ideelt mål er å hele tiden ha fokus på barnet og kanskje har man et ideal som man tror man klarer å følge i større grad enn det som i realiteten er tilfelle. Refleksjon rundt ulike situasjoner og hva som har oppmerksomhet kan være nyttig og bidra til større innsikt (Bégat & Severinsson, 2006) Da en av sykepleierne etter en refleksjonsrekke oppdaget at barnet ikke nødvendigvis hadde et så stort fokus som hun trodde, ble hun ganske ettertenksom (s.ca48). Forskjell mellom ideal og virkelighet ble tydeliggjort og understreker ulike konkurrerende stimuli og gjøremål. Det kan synes som om sykepleierne trekkes inn i og blir en del av et system der mange ulike gjøremål, avanserte oppgaver og krav til effektivitet gjør at det særegne menneskelige forsvinner slik det beskrives av Martinsen (2000). Sykepleieren som reflekterer rundt at barnet alltid har fokus, er reflektert og hennes interesse, kunnskap og oppmerksomhet rundt barnet er fremtredende. Teknikk og å være opptatt av at alt fungerer kan ubevisst bidra til at barnet får for lite fokus.

Mangel på tid ses på som et hinder for å benytte de hjelpemidlene man faktisk har tilgjengelig og som man vet fungerer positivt for barnet. Sykepleierne opplever det som utilfredsstillende å ikke utøve sykepleie i henhold til egne normer og standarder. Travelhet og fastsatte rutineoppgaver henger sammen med antall gjøremål og nevnes å være en faktor som hindrer fokus på barnet. Det bidrar til at sykepleieren får en opplevelse av å jobbe på et samlebånd og en av sykepleierne beskriver det som å fungerer som en robot. Sykepleieren må på en måte stenger av for å imøtekomme krav om effektivitet og mennesket står i fare for å forsvinne og blir betydningsløs (ibid). Strammere rammer kan bety at sykepleiernes mulighet til å vise og utøve omsorg reduseres. I tillegg til å gå ut over pasienten vil det påvirke sykepleieren som menneske og uthuling sykepleieyrket med tanke på at sykepleie er tuftet på omsorg.

Noen ganger forsvinner menneskeligheten

Noen av sykepleierne har tidligere jobbet med voksne pasienter. Andre har i forbindelse med videreutdanning hatt praksis med voksne intensivpasienter. Mangel på sanksjonsmulighet fra barnets side ses som en forklaring og settes i forbindelse med den forskjellsbehandlingen og diskrimineringen sykepleierne opplever at barna er utsatt for. Det poengteres at dersom voksne pasienter hadde blitt behandlet på tilsvarende måte som de premature barna, ville de i etterkant stilt helsepersonell til ansvar for sine handlinger. Sykepleierne har gjort seg tanker og refleksjoner rundt hva de premature barna utsettes for og hva slik behandling innebærer for barna. Det er sterke signaler som sendes ut når erfarne sykepleiere reflekterer slik de gjør. Man balanserer på grensen av det forsvarlige og iblandt krysses grensen og sykepleierne opplever at barna utsettes for en så umenneskelig behandling at det kan sammenliknes med tortur. Funn viser at sykepleierne opplever at enkelte ikke har grenser for hva de kan tillate seg å gjøre mot andre. Mangel på grensesetting hos helsepersonell fører til alvorlige konsekvenser og tyder på at barnet blir oversett som menneske. Barnet blir et kasus som gjør at menneskeligheten reduseres og barnet blir tingliggjort (Martinsen, 2000; Monsen, 2000). Tingliggjøring beskrives av respondentene som et problem. Appellen og sårbarheten overses og selv om barnet hadde hatt tenner så er det fremdeles lite og forsvarsløst og kan invaderes av mennesker som har mistet barnet som mål. Målet helliger ikke middelet dersom det går på bekostning av en human behandling. Forhold og situasjoner som kommer frem i narrativene viser uenighet mellom helsepersonell om hva som er vondt. Innleggelse av thoraxdren og intuberinger uten smertestillende, barn som trenger en veneflon og blir stukket opp til 20

ganger før man lykkes. Disse situasjonene er av ulik karakter, men langt de fleste fremtrer slik at man både har hatt tid og anledning til å handle annerledes uten at det går ut over det medisinsk forsvarlige. Det er altså ikke akuttsituasjoner det i utgangspunktet er tale om.

Det er forskjell på etiske retningslinjer og normative regler. Der helsepersonells egne kvaliteter ikke strekker til for å ivareta mennesket, kan normative regler være nødvendig å ty til. Tortur vil slik det er definert av amnesty være smertefull eller grusom behandling som regelmessig og med vilje er påført et annet menneske (Amnesty). Hva skiller egentlig opplevelsen av tortur påført med hensikt og opplevelsen av å ikke få smerter lindret? Selv om det å ikke handle, eller å handle mot bedre vitende også er valgte handlinger, kan torturbegrepet neppe benyttes i sammenheng med behandlingen de premature barna får. Det endrer likevel ikke det faktum at opplevelsen av til stadighet å bli påført smertefulle stimuli og å være eksponert for langvarige smerter, har tilsvarende konsekvens for det enkelte menneske slik Rennic et al (2000) viser. Tatt i betraktning det premature barnets manglende kognitive funksjon, blir smerte en tilstand som de verken vet hva er, kan sette ord på, eller vet når, og om det vil opphøre. Tidsperspektivet mangler og opplevelsen det premature barnet har rundt denne udefinerbare tilstanden kan vi bare tenke oss. Det forsvarsløse gjør oss ekstra ansvarlige fordi avhengigheten er så total. Når handlinger som kan sammenliknes med tortur forekommer, viser det at menneskenes egne retningsgivende normer ikke er tilstrekkelig. Betydningen av og behovet for lover og regler blir tydelig. Internasjonale rettigheter og konvensjoner kan bidra til å sette søkelys på det som ikke er godt slik at praksis kan endres. En av oppgavene sykepleiere har er å si fra om uforsvarlig og uverdige forhold (NSF,2001). Sykepleierne er klar over og trekker frem dette ansvaret. Likevel synes det som det til tider vanskelig å følge opp ansvaret fordi det kan medføre konflikter og mulige sanksjoner fra andre med større myndighet og makt.

Hvis foreldrene hadde visst

Funn viser at sykepleiere anser foreldrene som viktige for barna. De ønsker at foreldrene skal bidra mer og at de selv har en viktig funksjon i tilknytningen mellom foreldre og barn. Foreldre viser at de ønsker å være deltagere, men beskrives av sykepleierne å være redde,

usikre, føler avmakt, hjelpeløshet og at de er i en stressende situasjon. Sykepleierne ønsker ikke å minne foreldrene på den smerten barnet blir påført og informasjon holdes tilbake. Tilbakeholdelse av informasjon beskrives som å føre foreldrene bak lyset og står i kontrast til det en av sykepleierne seier om at hun ville visst alt dersom hun selv var i samme situasjon. Utfordringen for sykepleierne står mellom å trekke foreldrene inn som ressurs for barnet eller å beskytte foreldrene mot ytterligere belastning. Tidligere er barnas svake smerteuttrykk beskrevet. Foreldrenes følelsesuttrykk er tydeligere enn barnas og foreldrenes sårbarhet ser ut til å få større oppmerksomhet. Studie av Polkki (2002) viser at til tross for sterke følelser ønsker foreldre å vite og å være deltagende i smertelindringen. Ønske om kunnskap understrekes ved at det i herværende studie nevnes at flere foreldre selv skaffer seg informasjon. Det kan se ut som det kan være et misforhold mellom det sykepleierne tror foreldrene har behov for og det foreldrene faktisk ønsker. Det kan hende at sykepleierne gjør urett både mot barnet og foreldrene. Ved å gjøre et annet valg kunne sykepleierne gjennom foreldrene styrket barnets vern. Det er svært usannsynlig at sykepleierne med hensikt gjør valg som går ut over barnet, men bevissthet rundt de valgene som gjøres er viktig og kan føre til endrede valg og bedre behandling for pasienten (Bègat et al, 2004). Foreldre kan være i ulike faser av en krise og valgene sykepleierne gjør i noen situasjoner kan være hensiktsmessig. Det å få et sykt eller prematurt barn oppleves som en krise. En krise kjennetegnes ved kaos og maktesløshet og ulike følelser kan prege den akutte fasen. Hvordan en kommer gjennom en krise er avhengig av faktorer hos den enkelte og av det ytre miljøet. Gjennom reaksjonsfasen kan en gradvis bearbeiding foregå og gi rom for konstruktiv fungering. Gjennom samtale kan man avdekke hva den enkelte har behov for (Cullberg, 1995). En erkjennelse av at man har betydd noe positivt for barnet sitt kan styrke foreldrene i deres situasjon. Bertilsson & Sjøstrøm (2006) sier at foreldrene bør trekkes mer inn slik at de kan være med å bidra og få følelsen av å være delaktige. Sykepleierne understreker at foreldrene blir glade når de kan gjøre noe for barna. Istedenfor å ta valg for foreldrene kan sykepleieren i samtale med foreldrene få kjenneskap til deres behov og ønsker. Når foreldrene får vite at de kan bidra positivt ved å redusere barnets smerte, kan de få det bedre når de ser at tiltak de selv utfører innvirker positivt.

Vilje hos foreldrene til å lindre stress og smerte er tilstede, men er avhengig av undervisning. Foreldre med kunnskap kan påvirke smertelindringen. Sykepleiernes ansvar til formidling av

kunnskap understrekes ved et utsagn om at foreldrene kun er så gode som sykepleierne lærer dem opp til. Sitatene på side 55 illustrerer to ulike måter å veilede på, den ene skaper trygghet og kompetente foreldre mens den andre er med på å opprettholde usikkerheten og utryggheten. Sykepleieren viser en bevisst holdning rundt det å skape trygge rammer både for barnet og foreldrene. Foreldrene sies å ha enorm tillit til sykepleierne, men dersom sykepleierne hadde vært helt ærlige overfor foreldrene sier en av sykepleierne at de nok ikke hadde fått lov å røre ungen. Informasjon og kunnskap kan vise seg å ha stor betydning for behandlingen barna får. Sykepleierne mener at dersom en kollega hadde fått et prematurt barn ville kunnskapen de foreldrene hadde hatt, bidratt til bedre smertebehandling. Mye tyder på at barna blir påført mye unødvendig lidelse og at gjeldende praksis ikke er god nok. Det forteller at dersom det hadde vært større åpenhet og flere hadde hatt kunnskap, hadde det påvirket smertebehandlingen i barnas favør. Ifølge Martinsen (2003) er ansvar overfor de aller svakeste ikke bare et grunnleggende moralsk prinsipp, men et ansvar i solidaritet for andre mennesker. Omsorgsansvaret er asymmetrisk og helsearbeidere har makt på bakgrunn av sin stilling, kunnskap og kompetanse (Vetlesen & Henriksen, 2003). Foreldre kan sees som pasienter i kraft av at de er barnets omsorgspersoner, de klarer midlertidig ikke å ivareta barnets interesser fordi de er i krise og mangler fagkompetanse. Informasjon og veiledning vil kunne styrke foreldrene så vel som barnet.

Hva er egentlig sykepleiernes oppgaver og ansvar?

Å være sykepleier ved en nyfødtavdeling innebærer at man må ha kunnskap innenfor ulike områder samt å kunne mestre en rekke ulike ferdigheter. Sykepleie er et selvstendig yrke som medfører selvstendig ansvar overfor de handlinger som utføres. Sykepleierens ansvarsområde og selvstendighet er nedtegnet i NSF's etiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2001) og helsepersonelloven (Molven, 2006). Konvensjoner utarbeidet av FN (FN-sambandet) er retningsgivende. Det er sentralt at alt helsepersonell skal yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp og det kan iverksettes sanksjoner dersom det handles forsettelig eller uaktsomt (Molven, 2006). Sykepleiere er både etisk og juridisk ansvarlig for sine handlinger.

Om å si ifra

Sykepleierne uttrykker at de har begrenset ansvarsområde og at de ikke kan handle mot legens vilje. De fremhever at det er deres oppgave å si ifra, stille spørsmålstegn ved nødvendigheten av intervensjon og skjerme for unødvendig belastning og smerte. Likevel viser funn at sykepleierne synes dette er vanskelig og flere har en oppfatning av at sykepleiere med begrenset erfaring i enda større grad enn erfarne, har et slikt problem. Årsaken til at det kan være vanskelig å si ifra kan være usikkerhet i forhold til egen kompetanse. Dette bekreftes gjennom at sykepleierne sier at de må stole mer på det de klinisk observerer. En annen årsak til at det kan være vanskelig at det kan oppstå konflikter. Det å ha behov for og et ønske om å skjerme seg fra å komme i en konfliktsituasjon, kan være et hinder fra å si ifra.

Oversikt og bindeledd

Sykepleierne i denne studien opplever at de hele tiden de må velge mellom onder. Å stå overfor valg fordrer oversikt over status, stor grad av kunnskap og mulige konsekvenser av handlingsvalg. At sykepleierne innehar bred kompetanse kommer tydelig til syne i refleksjonene sykepleierne gjør. Sykepleierne tilbringer mye tid med pasienten og er til enhver tid oppdatert på pasientens status. Det fortelles om en stadig balansegang mellom det å ha kontroll og det å la barnet få ro. Mange tiltak iverksettes for å være på den sikre siden, noe som går ut over denne roen. Erfaring og refleksjon i forhold til vanskelige situasjoner anses å være viktig for å kunne se sammenhenger og helhet. Å beskytte mot smerter er en utfordring sykepleierne mener de daglig kjemper for.

I tillegg til å ha kunnskap om og oversikt over barnet, er sykepleieren bindeledd mellom barnet, legen og foreldrene. Betydningen av at legene av denne grunn holder seg orientert om pasienten gjennom sykepleieren, kommer frem som et viktig poeng i Sørli's (2000) studie om kvinnelige leger og etiske dilemmaer. Oversikt og kunnskap som sykepleierne har om barnet er verdifull kunnskap som legen kan ha nytte av i forhold til ulike avgjørelser. Behovet for prøver og undersøkelser kan reduseres dersom sykepleiers kunnskap etterspørres. Nerheim (1991) problematiserer den rollen sykepleieren har mellom pasient og lege. Sykepleierens kommunikative kompetanse gjør henne i stand til å være bindeledd mellom pasientens og legens ulike verdener. Men denne funksjonen anerkjennes ikke og pasientens egen situasjonforståelse tillegges ikke selvstendig vekt. Avgjørelser blir derfor tatt på premisser

som ikke er grunnlagt på felles betingelser og regler hos de ulike aktører. Dersom opplysninger ikke innhentes, eller det er manglende opplysninger om barnet, kan avgjørelser være tatt på feil eller manglende grunnlag.

Synet på sykepleieren

Sykepleiernes oppfatning av i hvilken grad de blir hørt synes ambivalent. De sier at de i noen grad blir hørt. I tillegg der sykepleierne sier ifra, kommer det frem at de ikke alltid blir tatt hensyn til. Legen alene bestemmer hva som skal gjøres eller ikke gjøres. Appellen fra barnet blir tatt imot fra sykepleieren og søkt videreførd gjennom henne. Legen svarer imidlertid ikke på appellen fra sykepleieren og overser dermed både barnet og sykepleieren urett. Barn og sykepleier blir langt på vei overhørt og oversett, og de blir sett registrerende fremfor sansende slik Martinsen (2000) beskriver i fortellingen om den barmhjertige samaritan. Narrativene viser at både barn og sykepleier blir oversett og det er et etisk problem som er gjennomgående i historiene. Eksempelet i den innledende fortellingen, viser at barnet blir tiltagende dårlig. Når tilstanden ikke kan bli verre for barnet ser det ut til at det går opp for legen at barnet likevel har smerter. Han dikterer diskret dette for så å gå til sykepleieren og ”beskyld” henne for å like å gi morfin. Hun blir tillagt hensikter hun ikke har og det kan se ut som om legen forsøker å overføre egen utilstrekkelighet på sykepleieren ved å komme med beskyldninger om hennes egentlige hensikter. Kanskje har det truffet ham et snev av dårlig samvittighet som han forsøker å legge over på sykepleieren. Men som Levinas (2004) sier så kan man ikke unndra seg ansvaret eller overføre eget ansvar og samvittighet på andre. Ansvaret må den enkelte selv bære. Sykepleierne reflekterer over at leger blir sluppet til for tidlig på de minste barne i forhold til den kompetansen de innehar. De mener at det både er et individuelt ansvar i tillegg til et overordnet problem som organisasjonen må ta et ansvar for å kvalitetssikre. Sørli's studier (2000) viser at uerfarne leger dekker seg bak en fasade av selvsikkerhet for å skjule usikkerhet og mangel på kunnskap. Erfarne leger derimot tillater seg på bakgrunn av sin erfaring å være usikre.

Assistent eller selvstendig yrkesutøver?

I tillegg til at sykepleierens observasjoner blir oversett eller ikke blir tatt hensyn til, viser at sykepleierne opplever at legen ikke alltid informerer om tiltak eller prosedyrer som skal utføres. Legens informasjon kommer så brått på at hun ikke får tid til å forberede barnet.

Nerheim (1991) mener at sykepleierens utøvelse av sitt omsorgsfag står i fare for å endre fokus slik at hun blir en teknisk assistent for medisinske og medisinske teknologi.

Identitetskrise oppstår hos sykepleieren når krav og forventninger til hvordan hun skal utøve sykepleie ikke lenger stemmer overens med hennes personlige og faglige idealer om å gi individuell omsorg tilpasset den enkelte pasients behov. Prinsippet om at sykepleieren skal ivareta pasientens humanisme står i fare når fokus ikke lenger blir på omsorgen.

Sykepleierne har i tillegg til selvstendige funksjoner arbeidsoppgaver som innebærer å assistere legen. Assistentfunksjonen innebærer forventninger om at hun utfører oppgaver etter legens behov, men det stilles ikke spørsmål ved om hvorvidt hun er fortrolig med disse oppgavene. En del av arbeidsoppgavene kan stride mot sykepleierens egne verdier og hun kan være uenige i hvordan prosedyrer utføres. Uenigheten i forhold til avgjørelser og tiltak kommer ikke til uttrykk enten fordi sykepleierne ikke sier ifra, ikke blir hørt, eller tatt med på råd. Sykepleierens posisjon som koordinerer og bindeledd gir mulighet for makt. Dette er imidlertid en makt som ikke er reell dersom den koordinerende rollen ikke anerkjennes. Mangelen på anerkjennelse kommer til uttrykk når legen bestemmer og setter i verk tiltak uten å konferere, informere eller samarbeide med sykepleieren. Sykepleieren oppgaver unnerkjennes og sykepleieren respekteres ikke for sin faglige kompetanse og ansvar. Slik blir sykepleierens stemme fraværende og et betydelig bidrag til barnets smertelindring og velbefinnende går tapt. Til tross for mangel på innflytelse forventes det et betydelig bidrag fra sykepleierens side. Sykepleieren blir overhørt og fratatt sin stemme og i praksis fratatt kontroll. Legen henvender seg ikke til sykepleieren og når hennes observasjoner ikke blir tatt hensyn til, viser det i prinsippet at han heller ikke ønsker å høre hennes mening. Funn fra denne undersøkelsen peker derfor på at sykepleieren har begrenset mulighet til påvirkning og medbestemmelse. Den makten legen har er den reelle og brukt uten samarbeid vil dette kunne uttrykkes som maktmisbruk. Molven (2006) påpeker at mangel på samarbeid kan være en faktor som utgjør eller bevirker uforsvarlig praksis. Pasienten er den som blir skadelidende når helsepersonell ikke evner å samarbeide. Mangel på samarbeid kan ha betydning for kvaliteten på pleien (Bègat og Severinsson, 2006). Behov for samarbeid og kommunikasjon mellom sykepleiere og leger kommer frem som et område med forbedringspotensiale også i andre studier (Smeesters et al, 2005; Andersen et al, 2007).

Forskning viser at sykepleiere opplever en betinget anerkjennelse fra foreldre, leger og sykepleiekollegaer på at de gjør en god jobb. Anerkjennelsen er imidlertid avhengig av om de er enig i legens avgjørelser og at de handler etter normer og forventninger til ”gode sykepleiernormer” (Glasberg, 2006, Sørli et al, 2003a). Økt selvtillit og å stole mer på egne vurderinger blir trukket frem av sykepleierne som en nødvendighet for at praksis skal endres. Bègat og Severinsson (2006) har funnet at klinisk veiledning virker positivt inn på sykepleieres psykososiale arbeidsmiljø. Erkjennelse av egen betydning og verdien av god omsorg fører til selverkjennelse. Et miljø som tilbyr sykepleiere frihet til å handle vil åpne for mulighet til selvtillit. En sunn organisasjon kjennetegnes av et miljø der gjensidig respekt, sterke verdier og åpen kommunikasjon er fremtredende. Gjensidig respekt fremkommer som et savn fra sykepleiernes side. Historiene viser prioriteringer og adferd der gjensidig respekt ikke alltid er tilstede. Rafael (1996) hevder at sykepleiere ønsker bemyndigelse for å øke sin troverdighet og ikke grunnlagt med tanke på egen karriere (i Bègat og Severinsson, 2006). Økt selvtillit kan være viktig og nødvendig for at sykepleierne skal kunne fremme sine verdier og fagkunnskap og å ivareta sykepleie slik Martinsen (2003) beskriver hva sykepleie er. Kanskje bør sykepleiere sette fokus på å ta tilbake yrket sitt som selvstendig disiplin slik at sykepleie ikke bare blir en assistentrolle, men en rolle som nærmer seg pasienten fra en annen og supplerende side i forhold til legens fokus på å helbrede medisinske tilstander. Maktfordeling kan bidra til å øke samhandling og likeverd mellom involverte parter. Når sykepleiere har retningslinjer, lover og regler å forholde seg til, betyr det at hun har et selvstendig ansvar for å utøve en forsvarlig og omsorgsfull pleie. ”The nurse is responsible for her/his actions, decisions and emotions and must be able to act independently” (Bègat & Severinsson, 2006 s 615). Det selvstendige ansvaret sykepleieren har må gi som konsekvens at hun kan handle selvstendig og uavhengig. Å handle uavhengig fordi en har rett til det, er ikke et mål verken for lege eller sykepleier all den tid det er pasientens ulike behov som skal tilfredsstilles og ivaretas. Sykepleiernes selvstendighet bør ikke uten videre kunne overprøves, men ansvaret og selvstendigheten må være av en slik karakter at sykepleieren blir tatt med på råd og får sin stemme hørt. Det ser ut som om det er et betydelig gap mellom sykepleiernes syn på egen rolle og andres oppfatning av denne rollen. Sykepleieren blir utfordret på sin selvstendighet og blir fratatt kontroll over egen fagutøvelse.

Gjensidig avhengighet

Funn viser at sykepleierne er opptatt av samarbeid med legene og at samarbeid er et område de ønsker forbedringer i forhold til. Selv om sykepleiernes opplevelser er reelle for dem er det et begrenset antall sykepleiere som er intervjuet og dybdeintervjuene har til hensikt å gi dypere innsikt, ikke generalisere. Legene er ikke intervjuet og hvordan de oppfatter samarbeidet med sykepleierne kommer ikke frem og bildet blir for lite nyansert til at jeg har valgt å ikke diskutere samarbeid som sådan. Det som er valgt diskutert er nært knyttet til samarbeid. Det som kommer frem som en vesentlig utfordring er hvorvidt sykepleierne blir hørt og tatt hensyn til i forhold til sin kunnskap og sine observasjoner. Fokuset dreier seg om de situasjonene sykepleierne står i, opplevelsene de har, og hvordan det påvirker henne å bli tatt på alvor.

Egenskaper som betydning for smertelindring

Sykepleierne opplever at de med erfaring lettere blir hørt enn de uten erfaring. Samtidig påpekes det at man må være standhaftig og ikke gi seg for å få gjennomslag for meningene sine. En av respondentene forteller om en fremgangsmåte hun benytter og som kan stå som eksempel på den standhaftigheten som iblandt kan synes nødvendig (se s. x). Respondenten ser tydelig at denne måten ikke er god, men at den er nødvendig dersom barnet skal få tilfredsstilt sitt behov for smertelindring etter denne sykepleierens standard. Selvtillit kan synes nødvendig for å kunne ivareta barnet på en god måte. Noe som understrekes av respondenten når hun sier at det må ryggrad til for si fra og å gå inn i diskusjoner. Man har erfaring nok til å gå inn i en situasjon der man er rede til å møte motstand og til og med en potensiell konfliktsituasjon. Resultatet kan bli at barn som har sykepleiere med lang erfaring kan få et bedre vern enn de barna som har sykepleiere med kortere erfaring og mindre selvtillit. Sammensetningen av ulik kompetanse og relasjoner der makt og selvhevdelse blir det vesentlige fremfor å gjøre det som er best for barnet, kan medføre at barnet blir utsatt for unødvendig tilleggsbelastning. For eksempel erfaren sykepleier og uerfaren lege kan føre til at sykepleieren er den som har størst gjennomslagskraft. Erfaren (autoritær) lege og uerfaren sykepleier kan bety at sykepleieren ikke tørr å si ifra, eller at hennes argumenter ikke blir tatt hensyn til fordi hun ikke har den autoriteten som en erfaren sykepleier innehar.

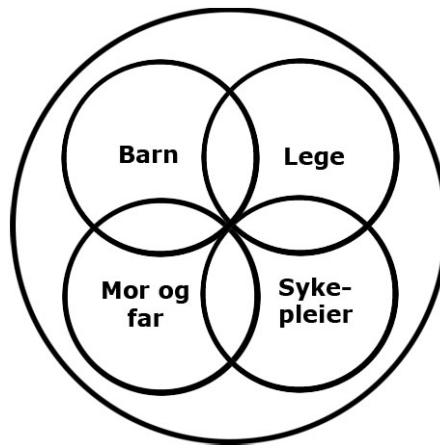
Det er pasienten som må være hovedperson

Prosedyrer og inngrep der det er tid og anledning til å gi smertelindring, men der det ikke gis oppleves som problematisk. Det problematiske oppstår i situasjoner der legen ikke engang forsøker å gi, eller ikke gir tilstrekkelig mengde fordi han beskrives å ikke ta seg tid. Det blir en stor forskjell på det å ikke ha tid fordi det for eksempel ikke er en akuttsituasjon, og å ikke ta seg tid. Det å ikke ta seg til viser at fokus ikke er på et medmenneskelig plan, men hensyn til seg selv og sine oppgaver og gjøremål blir det som anses som betydningsfullt.

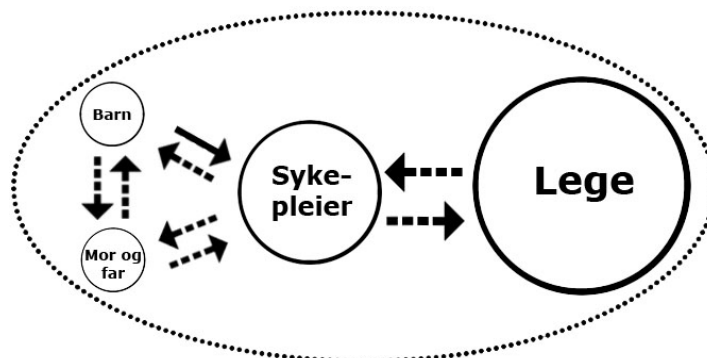
Sykepleierne i denne studien verken kan eller vil akseptere slik praksis. En av sykepleierne sier at voksne mennesker tar størst plass i landskapet og at det dermed blir tatt større hensyn til enn det premature barnet. En av historiene forteller om et tilfelle der legen ikke tåler å bli sagt fra til og at hun tar det som en personlig fornærmelse. Hun blir møtt på sin egen utilstrekkelighet og hennes ego blir såret. Jeg`et og ikke den andre blir satt i sentrum. Jeget som sentrum var rådende før Levinas sin teori (Aarnes, 2007). Sykepleieren mener det var tøft for henne, og at konfrontasjonen rokket ved legens syn på seg selv som et godt menneske. Det kan bli for mye å bære når konfrontasjonen skjer med studenter tilstede og som man ønsker å være et forbilde og autoritet i forhold til.

Samhandling

Studien avdekker mange utfordringer som ligger til grunn for den smertelindringen barnet får. Det er mye som krever oppmerksomhet og mange sterke røster som bevisst eller ubevisst konkurrerer om å bli hørt. Det kan se ut som om barnet er den svakeste, og på mange måter, den tapende part. Medvirkende årsaker ser ut til å være mangel på kommunikasjon, koordinering og samhandling mellom barnet, sykepleier, lege og foreldre. På bakgrunn av mønsteret som avtegner seg, har jeg utarbeidet en ideell modell (A) for samhandling og en modell (B) slik samhandlingen trer frem i undersøkelsen. Modellen kan benyttes til å hvor man kan sette inn tiltak for å oppnå bedre samarbeid. Sirklene rundt den enkelte aktør illustrerer hvor stor betydning den enkelte har. I modell A er sirklene like store og er symmetrisk plassert i forhold til hverandre. Dette skal illustrere likeverd og gjensidig respekt mellom partene i et optimalt samhandlingsforhold. Den store sirkelen ytterst betegner organisasjonen som beskytter, ansvarshaver og kvalitetssikrer for at alle samarbeider til pasientens beste.



Modell B som tar utgangspunkt i sykepleiernes opplevelse og de mønstre som tegner seg i samhandlingen mellom de ulike aktørene i nyfødtavdelingene. Dersom andre hadde vært intervjuet ville modellen kanskje sett noe annerledes ut. I modell B er balansen forrykket. Sirklene er av ulik størrelse og betegner betydningen den enkelte ser ut til å ha. Pilene illustrerer kommunikasjonslinjene. Den hele pilen fra barn til sykepleier er hel fordi barnet kommuniserer sitt behov på best mulig måte ut fra sine forutsetninger. De stiplede pilene viser et forbedringspotensiale i forhold til kommunikasjon.



Med bakgrunn i funnene synliggjør modellen at barnet har minst betydning og legen størst. Plasseringen av aktørene i forhold til hverandre viser avstanden i en hierarkisk oppbygning der gjensidig respekt og likeverd har mangler. Sirkelen som betegner organisasjonen, er brutt flere steder for å illustrere at den ikke har lyktes godt nok når det gjelder smertelindring.

Sykepleieren er plassert i midten på bakgrunn av den koordinerende rollen hun forsøker å ha, men som ikke er anerkjent.

Sykepleieren er også et menneske

Narrativene forteller om hvordan det å stå i vanskelige situasjoner påvirker sykepleieren og skaper refleksjoner rundt hva det gjør med henne og barnet. Lang erfaring og sterke opplevelser ser ut til å skape refleksjoner av eksistensiell karakter. Sykepleieren ser barnet og barnets lidelse og benytter sterke uttrykk for hva barnet utsettes for. Tidligere er det diskutert forhold i forbindelse med overgrep og tortur. Både det å ivareta barnet som menneske og det å være menneske i møte med lidelse er en utfordring. I forbindelse med det å overvære og selv å være deltagende til lidelse, gir sterke reaksjoner og følelser hos sykepleier som medfører at hun tar et oppgjør med egen rolle.

Følelser

Følelser som oppstår hos sykepleierne er dårlig samvittighet, ulyst, utilpasshet når unødige smerte påføres, uro i kroppen og fortvilelse fordi smerter gir konsekvenser for barnet. Videre beskriver sykepleierne at de føler seg kroppslig dårlig og slitne. Sykepleierne forteller at det er de sterke følelsene som gjør at episodene huskes. Dette er et særtrekk i forhold til slike historier og er en bakgrunn for at situasjonene huskes (Fagermoen, 2001). Barnets smerte blir overført til sykepleierens kropp slik det er beskrevet i fortellingen om den barmhjertige samaritan (Martinsen, 2000). Sykepleieren ser med hjertets deltagende øye og hun blir rammet av barnet. Sykepleierne evner å lytte til egne følelser og å ta vare på og kjempe for den lille personens menneskelighet og integritet. De ser ikke ut til å ha blitt følelsesmessig avstumpet (Sørli, 2003 a og b), eller å ha fått redusert sin evne til empati slik det kommer frem hos Bégat (2004). En av sykepleierne sier det hender hun benytter følelser når hun skal vurdere smerter. Følelser er tradisjonelt sett på som upålitelige kilde til kunnskap og følelser kan ikke i seg selv fortelle oss at noe er galt. Følelsen kan likevel være et første varsel om at noe ikke er som det skal. Forholdet mellom persepsjon og dømmekraft beskrives som et dialektisk forhold og vil si at man beveger seg mellom persepsjon og faglige vurderinger. Persepsjonen aktiveres av noe, for eksempel en hendelse der et smertefullt inngrep blir foretatt uten at det blir gitt smertelindring, og forutsetter en evne i oss til å bli gjort inntrykk

på. Åpenhet er en slags aktiv handling i et samspill mellom sansning, emosjonell og kognitiv åpenhet overfor verden (Vetlesen og Nortvedt 2000). Åpenheten for å la seg ramme kan gi seg utslag i sterke fysiske og psykiske følelsesinntrykk slik det er beskrevet i refleksjonene rundt den barmhjertige samaritan. Sykepleiernes beretninger i forhold til hvordan etiske vanskelige situasjoner påvirker dem understreker disse dimensjonene,

Studien viser at ikke alle synes å ha evnen til å være åpen og å la seg berøre, i og med at de ikke svarer på barnet behov. I omtalen sykepleierne gjør av sine kollegaer er de opptatt av å unngå å få hjelp av sykepleiere de mener ikke tar tilstrekkelig hensyn til barnets behov. Martinsen (2003) mener at det likevel er håp for disse fordi det å være oppmerksom og nærværende i ulike situasjoner i den hensikt å gjøre det som er best for menneske kan læres. Sykepleierne mener det er vanskelig, men nødvendig å ta et oppgjør med tidligere praksis for å kunne endre gamle vaner. Dette beskrives som vanskelig fordi det ikke er noen som ønsker å påføre andre mennesker lidelse. Erkjennelsen om at man har vært med på slik praksis, kan hos enkelte medføre en så stor belastning at man skyver det unna og ikke orker å gå inn i et slikt oppgjør med seg selv. Hvor vanskelig dette kan føles understrekes ved en av sykepleierne som sier at nye sykepleiere er heldige som slipper å føle på skammen det er å ha vært med på slik praksis.

Maktesløshet

Kunnskap gjør det ekstra problematisk å jobbe med de premature fordi man vet mer om umiddelbare og langsiktige konsekvenser for barnet. Refleksjoner rundt smerten som ikke lindres eller der omsorg medfører lidelse, kan få konsekvenser også for helsepersonell som over tid eksponeres for det. Det oppstår en kløft mellom det sykepleieren opplever som rett å gjøre og det omgivelse tillater sykepleieren å gjøre. Konflikt mellom indre og ytre krav kan ha en rekke uheldige konsekvenser for sykepleieren (Lindh et al, 2007) og kan føre til moralsk stress og utbrenthet. Redusert sensitivitet for etiske situasjoner og følelsemessig avstumpning hos helsepersonell kan bli resultatet (Sørli, 2003b). Sykepleieren klarer ikke å nå opp til egen etisk standard fordi hun er med på, eller vitne til en praksis hun ikke opplever som god nok. Funnene viser at sykepleierne snakker om "vi" når de snakker om for dårlig smertelindring. I tillegg til at de sier at en del leger ikke smertelindrer, kan det tyde på en erkjennelse om egen utilstrekkelighet. Utilstrekkelighet kan føre til dårlig samvittighet (Glasberg et al, 2006, Sørli

2003a). Selv om sykepleierne opplever at de forsøker å si fra og stå på for barna, kommer de i blant til kort.

Tanker om tortur og mishandling opptrer når lidelsen ”materialiserer” seg i sykepleierens kropp. Det oppstår sterke følelser som også skaper refleksjon om eget ståsted. Martinsens (2000) begrep å se med hjertets øye, innebærer at man er sensitiv og har evne til å la seg berøre. En slik berørthet beskrives som at det ”skjærer i hjerte”. Å kunne ta inn over seg og oppleve slike sterke følelser innebærer at sykepleieren har en åpen oppmerksomhet, med interesse og vilje til å forsøke å forstå hva som står på spill (Ibid). Følelser og sensitivitet overfor barnets behov vil kunne være med på å ivareta barnet som menneske og sikre verdig behandling. Evne til å vise følelse blir essensielt og vil kunne sies å være en nødvendig egenskap hos helsepersonell. For å kunne bedømme om noe er rett eller galt må evne til persepsjon være tilstede ”Når vi ikke føler fordi vi ikke ser, eller ikke ser fordi vi ikke føler, er det vår evne til persepsjon som er defekt” (Vetlesen og Nortvedt, s.53). Sykepleierne som har medvirket til denne studien har ikke blitt følelsesmessig avstumpet slik det trekkes frem av Sørli (2005) at de kan bli. Følelser er med det en viktig grunnleggende egenskap på lik linje med erfaring og faglig kompetanse.

Sykepleierne beskriver fortvilelse når de ikke får lindre barnas smerter. Mangel på appellmuligheter nevnes å være problematisk. Sykepleierne har spurt seg selv om de orker å stå i en arbeidssituasjon der de daglig blir stilt overfor komplekse og vanskelige etiske situasjoner som medfører så store personlige belastninger. Tankene dreier seg om å slutte fordi man ikke orker lidelse som er unødvendig. Hos respondentene har valget falt på å fortsette i jobben fordi de ser at de kan være med på å gjøre en forskjell. De ser at også andre jobber videre og at det sakte men sikkert skjer endringer. Det at det skjer endringer og at det jobbes videre med problematikken er med på ”å holde meg oppe” som en av respondentene sier. Det fortelles om at man ikke har lyst til å forholde seg til lidelsen og at man ikke ønsker å være sykepleier til et barn der lidelsen ikke blir imøtekommet. En sykepleier forteller at hun føler en ulyst og avmakt i forhold til å ha ansvar for et barn der man mangler mulighet til å smertelindre. Mangel på handlingsvalg fører til maktesløshet, ikke slik at hun rammes av handlingslammelse, men det oppstår i etterkant en ulyst til å ha ansvaret for et barn der en opplever slike mangler. Sykepleieren våger med det å sette ord på å innrømme at følelser er

med i vurderingsgrunnlaget. Makten ligger i møtet med det andre menneskets lidelse og får innflytelse på den som tar imot appellen. Man er uendelig ansvarlig og ansvaret kan ikke overlates til andre og jo mer den enkelte er seg sitt ansvar bevisst, jo større blir kravet og jo mer ansvarlig blir man. Ansvaret blir tyngende (Levinas, 2004). Avmakten fører til hjelpeløshet, frustrasjon og maktesløshet. Vetlesen har en billedlig fremstilling av denne makten. Han betegner det som en klo som griper individet er en voldelig makt som kan ramme åndelig og fysisk som en voldtekt. Det er dette voldelige som Levinas mener er utfordrende å holde ut. Når kravet til selvet øker oppstår en makt som er utløst av avmakten. Det er ikke snakk om en avdekket bevissthet i form av at den når intellektet slik jeg oppfatter det, men bevissthetsen settes på prøve og det er her makten ligger. Ansvaret og ansvarsbevissthetsen som sykepleierne kjenner, er et ansvar de ikke unndrar seg, noe de viser ved at de har valgt å fortsette i yrket og jobbe videre for å bedre forholdene for barna. Funn tyder på at sykepleierne ikke har tilpasset seg systemet og godtatt frustrasjon og utilstrekkelighet i sin arbeidshverdag slik Sørli et al (2005) beskriver det. Nettopp det at sykepleierne skaffer seg mer kunnskap, jobber videre og ikke ønsker å gi opp, viser det at de ikke vil godta frustrasjon og utilstrekkelighet. Gjennom at de jobber for at barnet skal få det bedre og at de ser at flere jobber for bedre smertelindring blir frustrasjonen noe midlertidig som kan reduseres etter hvert som deres innsats for endringer bærer frukter. Det fremkommer at sykepleierne er positive og at det er mange positive tanker blant kollegaene. Det positive løftes opp og bygges videre på.

Om å holde ut i hjelperollen

Hvordan holder så sykepleierne ut og hvem sin fortjeneste er det at hun holder ut? Ordene ”å holde ut” er et innholdsrikt begrep som forteller om en hverdag som stiller store krav til sykepleierne. For å bevare egen integritet sier de Raeve (1998) at sykepleieren trenger å skjerme seg (i Bégat & Severinsson, 2006). Sykepleierne trenger selv pauser fra å stå i tunge situasjoner. For å kunne stå i hjelperollen over tid trenger hjelperen å få lov til å unngå appellen. Hjelperen trenger selv å bli sett og må også få lov til å være den andre. Sykepleierne får hjelp av kollegaer til å bli sett. Mange har tatt ansvar for egenhelse ved at de jobber i reduserte stillinger og de tar initiativ til å snakke med kollegaer. Likevel kommer det frem at det settes av for liten tid til refleksjon og at dette er et savn i det daglige. Refleksjon i form av

klinisk veiledning anses å være viktig for sykepleierens selvtillit og kan medvirke til å takle stressede arbeidssituasjoner (Bégat & Severinsson, 2006).

Minner om etisk vanskelige situasjoner beskrives av Ricour (2000) som etisk minne (i Sørli et al 2001, 2003a). Dersom sykepleierne ikke får bearbeidet og snakket om vanskelige situasjoner kan det føre til følelse av ensomhet og smerte (ibid). En av sykepleierne sier at hun blir fysisk og psykisk sliten av ubearbeidede følelser, men at det hjelper å snakke om tanker og opplevelser med kollegaer eller leder. Selv om sykepleierne ikke har tilbud om klinisk veiledning benytter de seg i noen grad hverandre til å luften frustrasjoner og sammen reflektere over ulike hendelser. Refleksjoner over ulike situasjoner har gjort at de handler annerledes senere. En av sykepleierne sier hun ikke må bli for veik i neste situasjon, noe som synliggjør at hun har reflektert over at det finnes handlingsvalg som hun selv kan påvirke. Refleksjon og støtte fra kollegaer ser ut til å gi en indre dialog som styrker selvet slik at man får mot til å handle annerledes. Slikt er med på å gi erfaringen tyngde, noe som beskrives av en annen sykepleier i forhold til å ha kunnskap ”for da vet du hva som er det rette”.

7.0 OPPSUMMERING MED ANBEFALINGER

Sykepleierne ser at barnet gjennomgår prosedyrer og behandling som er smertefulle. De ser at barnet har smerter, men ulike faktorer spiller inn og forstyrrer slik at smertelindringen blir utilstrekkelig. Utfordringen består i at barnet får for lite oppmerksomhet og for liten plass i sykehusmiljøet. Barnet får ikke tre frem som betydningsfullt fordi det er så mange stemmer og tekniske apparater som hele tiden høres bedre og som krever sykepleiernes oppmerksomhet. Likevel er oppmerksomheten rundt barnets lidelse tilstedeværende hos sykepleierne og de reflekterer over hva barna må gjennomgå og hva de selv er med på som medmennesker. Mange ganger blir de overhørt når de formidler at barnet har smerter og de blir hindret fra å smertelindre. Utfordringen for sykepleierne blir å holde ut i arbeidet, bli værende i jobben for at smertelindringen skal bli bedre. De innehar en erkjennelse om at deres kunnskap og innsats kan gjøre en forskjell. Rollen som medmennesker og omsorgsgivere kan være vanskelig å holde fast ved, men behovet for å beholde omsorgsdimensjonen oppleves som så viktig at sykepleierne tar den personlige belastningen dette innebærer. Utfordringen består også i å forsvare plassen som sykepleier og å få respekt for sin kompetanse og fagkunnskap. Større selvtillit anses å være av betydning. Sykepleierne mener at foreldrene er viktig for barna, men det kan være vanskelig å balansere hvor mye informasjon som skal gis, og hvor mye foreldrene bør beskyttes. Beskyttelse av foreldrene kan føre til at de blir en uutnyttet ressurs for sine barns smertelindring. Studien viser at den menneskelige nærhet er nødvendig for å handle human. Den faglige distansen er i veien for menneskelige nærhet og møtet slik Levinas beskriver det er ikke mulig uten den personorienterte profesjonaliteten. Gjennom diskusjon, refleksjon og samarbeid kan enighet eller konsensus oppnås og nærhet vil ikke være til hinder for god behandling. Dersom vi erkjenner at mennesker er gjensidig avhengig av hverandre vil det gi et viktig bidrag til at sykehusmiljøet blir et godt sted for alle å være.

Funn i dette studiet viser moralsk ansvarlige og etisk bevisste sykepleiere. Utfordringen til organisasjonen blir å ta vare på den kompetansen disse sykepleierne sitter inne med både i forhold til praktiske ferdigheter, og i forhold til etikk. Studien viser behov for å ivareta den

moralsk ansvarlige sykepleier fra å gå til grunne eller forsvinne. For å ivareta sykepleierne kan systematisk klinisk veiledning tilbys. Funn viser at det er behov for større bevisst oppmerksomhet rundt smertelindring til det premature barnet. Det kan settes av tid til og legges til rette for refleksjoner rundt etisk vanskelige situasjoner. Dette kan skape en arena der sykepleiere og leger sammen kan reflektere og skape en felles forståelse for ulike syn og problematikk. Ekstern kompetanse på etikk kan innhentes for at prosessen kan komme i gang. Samhandlingen mellom barn, sykepleiere, foreldre og leger ser ut til å ha betydelige mangler. Egne studier på samarbeid i nyfødintensivavdelinger anbefales.

Referanseliste

- Als, H.,(1982). Toward a synactive theory of development; promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant mental Health Journal*, 3, 229-243.
- Als, H (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*. 6 (34), 3-53.
- Anand, K.J.S., Hickey, P.R.(1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *New English Journal of Medicine*, 317, 1321-1329.
- Anand, K.J.S. and the International Evidence-Based Group for Neonatal Pain Canadian Pediatric (2001). Consensus statement for the prevention and management of pain in newborn. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 155, 173-180.
- Anand, K.J.S. (2007). Pain Assessment in Preterm neonates. *Pediatrics*, 119, 605-607.
- Andersen, R.D., Greve-Isdahl, M., Meberg, A., Jylli, L. (2007). Oppfatninger om kunnskap og barrierer i smertebehandling av nyfødte. En undersøkelse blant personalet i to norske nyfødte intensivavdelinger. *Vård i Norden*, 27 (1), 22-26.
- Axelin, A., Salanterä, S., Lethonen, L. (2006). Facilitated tucking by parents' in pain management of preterm infants- a randomized crossover trial. *Early Human Development*, 82, 241-247.
- Barker, D.P., Rutter, N.(1995). Exposure to invasive procedures in neonatal intensive care unit admissions. *Archives of Disease in Childhood*, 72, 47-48
- Bégar, I., Severinsson, E. (2001). Nurses' reflection on episodes occurring during their provision of care- an interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 38 (1), 71-77.
- Bégar, I., Ikeda, N., Amemyia, T., Emiko, K., Iwasaki, A., Severinsson, E. (2004). A comparative study of perceptions of work environment and moral sensitivity among Japanese and Norwegian nurses. *Nursing and Health Science* 6, 193-200.
- Bégar, I., Severinsson, E. (2006). Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses experiences of well-being related to their psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management*, 14, 610-616.
- Bertilsson, S., Sjøstrøm, B. (2005). Bedømming av smarta hos barn- en review *Vård i Norden*, 25 (3), 13-18.
- Breau, L., McGrath, P.J., Stevens, B., Beyene, J., Camfield, C., Finley, G.A., Franck, L., Gibbins, S., Howlett, A., McKeever, P., O'Brian, K., Ohlsson, A., (2006), Judgement of Pain in Neonatal Care Setting; a Survey of Direct Care Staffs' Perceptions of Pain in Infants at Risk for Neurological Impairment. *The Clinical Journal of Pain*; 22 (2), 122- 129.

- Brown, S, Timmins (2005) An exploration of nurses`knowledge of, and attitudes towards, pain recognition and management in neonates. *Journal of Neonatal Nursing* 11, 65- 71.
- Carbajal, R., Gall, O., Annequin, D. (2004). Pain management in Neonates. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4 (3), 491-505.
- Craig, K.D., Whitfield, M.F., Grunau, R.V.E., Linton, J., Hadjistavropoulos, (1993); Pain in preterm neonate: behavioural and physiological indices. *Pain*; 52 287-299.
- Cullberg, J.(1995). *Dynamisk psykiatri*. Tano.
- Eilertsen, G., (2000). "Forståelse i et hermeneutisk perspektiv". *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, (3) 136-159.
- Fagermoen, M.S., Nord, R., Hanestad, B.R., Bjørnsborg, E. (1989). *Fra kunst til kolikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fagermoen, M.S (2001). Fortellinger som datakilde i forskning. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 3, (1), 68-80.
- Fagermoen, M.S. (2003). "Narrativ analyse- en metodediskusjon", *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 5 (1) 3-19.
- Fagermoen, M.S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning* 7 (2) 40-54.
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Fog, J. (2004); *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademisk forlag.
- Fitzgerald, M.(1991). Development of pain mechanisms, *British Medical Bulletin* 47 (3), 667-675.
- Fitzgerald, M.(2005). The development of nociceptive circuits. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 507-520.
- Glasberg, A-L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Soderberg, A., Sørli, V., Nordberg, A. (2006). Development and Initial Validation of Stress of Conscience Questionnaire. *Nursing Ethics*, 13 (6), 633-648.
- Granheim, U.H., Lundman, B. (2003). "Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness". *Nurse Education Today* 1-28.
- Grunau, R, Holstii, L, Peters, J.W.B.,(2006). Long-term Consequences of pain in human neonates. *Science Direct, Seminars in Fetal Neonatal Medisine*,11(4), 268-75.

Halimaa, S.L., Vehvilainen- Julkunen, K., Heinonen, K., (2001); Knowledge, assessment and management of pain related to nursing procedures used with premature babies: Questionnaire study for caregivers. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 422- 430

Hammers, J.P.H, Huijer Abu- Saad, H., Halfens, R.J.G, Schumacher, J.N.M., (1994). Factors influencing nurses` pain assessment and interventions in children, *Journal of Advanced Nursing*, 20, 853- 860

Henriksen, J.O., Vetlesen, A.J. (2003). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Holsti, L., grunau, R.E., Oberlander, T.F., Whitfield, M.F.,(2004). Specific Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program Movements Are Associated With Acute Pain in Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics* 114, 1.

Hummel, P, van Dijk, M,(2006). Pain assessment; Current status and challenges Science Direct; *Seminars in Fetal Neonatal Medicine*, 11(4), 237-45.

Jhonston, C., Stevens, B., Pinelli, J., Gibbins, S., Pilion, F., Jack, A., Steele, S., Boyer, K., Veilleaux, A. (2003). Kangaroo Care Is Effective in Diminishing Pain Response in Preterm Neonates. *Arch Pediatrics Adolescent Medicine*, 157, 1084-1088.

Jordan- Marsh, M, Hubbard, J, Watson, R, Hall, R.D, Miller, P, Mohan, O., (2004). *The Social Ecology of Changing Pain Management: Do I Have to Cry?* Journal of Pediatric Nursing, 19 (3).

Norges forskningsråd. Konsensuskonferanse (1998). *Grenser av for tidlig fødte barn*. Rapport nr. 13 fra Komiteen for konsensuskonferanseprogrammet.

Kvale, S., (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Levinas, E. (2004). *Den Annens humanisme*. Oslo: Thorleif Dahls kulturbibliotek, Aschehoug & CO.

Lindh, I.B., Severinsson, E., Berg, A. (2007). Moral Responsibility: A Relational Way of Being. *Nursing Ethics* 14 (2) 129-140.

Løgstrup, K.E. (2000). *Den etiske fordring*. J.W. Cappelens Forlag.

Malterud, K. (2003). *Kvalitativ metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

Martinsen, K.(2003); *Omsorg, sykepleie og medisin, historisk-filosofiske essays*, Universitetsforlaget.

Martinsen, K., (2000): *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

McLaughlin, C. R, Hull, J.G., Edwards, W.H., Cramer, C.P., Dewey, W.L., (1993). Neonatal pain: a comprehensive survey of attitudes and practices. *Journal of Pain and Symptom Management*, 8, (1), 7-16

Molven, O. (2006). *Helse og Jus*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Morse, J.M. & Richards, L.(2002) *Readme First. For a users Guide to Qualitative Methods* Saga Publications, Inc.

Monsen, N.K (2000). *Velferd uten ansikt- en filosofisk analyse av velferdsstaten* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2000.

Nerheim, H. (1991). *Den etiske grunnerfaring. Fra regelforståelse til fortrolighetskunnskap*. Universitetsforlaget.

Nortvedt, P., Grimen, H.(2004). *Sensibilitet og Refleksjon, Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN ® (2005)
Why Children`s Pain Matters. *PAIN Clinical Updates* September XIII, (4).

Polit, D.F & Beck, C.T (2004). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincot.

Pölkki, T., Pietilä, A-M., Vehviläinen-Julkunen, K., Laukkala, H., Ryhänen, P.(2002). Parental Views on Participation in Their Child`s Pain Relief Measures and Recommendations to Health Care Providers. *Journal of Pediatric Nursing*, 17 (4), 270- 278.

Rennick, J.E., Jhonstone, C.C., Dougherty, G., Platt, R., Richie, J. (2002); *Children`s Psychological Responses After Critical Illness and Exposure to Invasive Technology* *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23(3), 2002.

Schechter, N.L.,& Allan D. (1986). *Physicians' attitudes toward pain in children*. *Journal of developmental & behavioral pediatrics* 1986 Dec;7(6):350-4.

Severinsson, E.I., Kamaker, D. (1999). Clinical nursing supervision in the workplace-effects on moral stress and job satisfaction
Journal of Nursing Management 7 (2), 81–90.

Simons, H.P.S., Tibboel, D., (2006). Pain perception development and maturation. *Elsevier Science direct*, 2 (10).

Smeesters, P.R., Johansson, A.B., Coppens, S., Blum, D., Vanderlinden, R., Kahn, A. (2005). The pain in newborn: between reality and perception. *Archives de pediatrie*, 122, 1332-1337.

Sosial og helsedepartementet (2001). *Nasjonal plan for nyfødtdmedisin*. Rapport og anbefalinger fra et utvalg oppnevnt av Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet (universitetsbiblioteket i Oslo)

Sosial og helsedirektoratet (2004) *Nyfødtmedisin*, En faglig og organisatorisk gjennomgang. Rapport 15-1169

Stevens, B., McGrath, P., Gibbins, S., Beyene, J., Breau, L., Camfield, C., Finley, A., Franck, L., Howlwt, A., McKeever, P., O'Brien, K., Ohlsson, A., Yamada, J. (2003); *Procedural pain in newborn at risk for neurologic impairment* *Pain* 105, 27- 35

Sørli, V., Lindseth, A., Udén, G., Norberg, A.(2000). Woman Physicians' Narratives About Being in Ethically Difficult Care Situations in Paediatrics. *Nursing Ethics*, 7 (1), 47-62.

Sørli, V., Førde, R., Lindseth, A., Norberg, A. (2001). Male physicians' narratives about being in ethically difficult care situations in paediatrics. *Social Science & medicine*, 53, 657-667.

Sørli, V., Lindseth, M., Førde, R., Norberg, A. (2003). The meaning of Being in Ethically Difficult Care Situations in Pediatrics as narrated by Male Registered Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*;18 (5) 350-357.

Sørli, V., Lindseth, A., Førde, R., Norberg, A.(2003). the Meaaning of being in Ethical Difficult Care Situations in Pediatrics as Narrated by Male registered Nurses. *international Pediatric Nursing*, 18 (5), 350-357.

Sørli, V., Kihlgren, A., Kihlgren, M. (2005). Meeting Ethical Challanges in Acute Care as Narrated by Registered Nurses. *Nursing Ethics*, 12 (2), 133-142.

Thagaard. T. (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

de Rond M.E.J, de Wit, R., van Dam, F.S.A.M., van Campen, B.T.M., den Hartog, Y.M., Klievink, R.M.A., (2000). A Pain Monitoring Program for Nurses: Effects on Nurses' Pain Knowledge and Attitude. *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol.19 No. 6 June 2000.

Vetlesen, A.J., Nortvedt, P. (2000). *Følelser og moral*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Aarnes, A. (2007). Brev til avdød. Upublisert materiale.

Elektroniske referanser:

Amnesty: See <http://www.amnesty.no/web.nsf/pages/index> for referanse til elektronisk media og nettside.

FN-sambandet; Se <http://www.fn.no/> for referanse til elektronisk media og nettside

Forskningsetiske komiteer (2006): Se <http://www.etikk.no/retningslinjer>. for referanse til elektronisk media og nettside.

NSFs etiske retningslinje for sykepleiere, Se <http://www.sykepleierforbundet.no/category.php?categoryID=1483&articlesearchstring=retningslinjer> for referanse til elektronisk media og nettadresse.

Forespørsel om deltagelse i Mastergradsprosjektet "Se Meg! - Å imøtekomme premature barns behov for smertelindring."

Dette er en forespørsel til deg som er sykepleier om å delta i studien **"Se Meg! – Å imøtekomme premature barns behov for smertelindring."** Problemstillingen for oppgave er "Hva beskriver sykepleiere er utfordringene når det gjelder smertelindring til premature barn?"

Jeg er mastergradsstudent ved Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, og prosjektet er en del av dette studiet. Min veileder er Førsteamanuensis May Solveig Fagermoen.

For å samle data til oppgaven vil jeg intervju 6-8 sykepleiere. Intervjuet vil ha form av en samtale der du forteller om dine erfaringer og tanker rundt smertelindring til premature barn. I tillegg til at du gis mulighet til å fortelle om dine erfaringer, har jeg noen spørsmål jeg ønsker svar på og som jeg stiller alle som deltar.

Det er fint om du på forhånd har tenkt gjennom episode(r) som har vært utfordrende når det gjelder smertelindring og som har gjort spesielt inntrykk på deg.

Ved å synliggjøre erfaringer rundt smerteproblematikk tror jeg vi sammen kan bidra til å øke kunnskapen rundt temaet, og kanskje gjøre hverdagen for våre små pasienter litt bedre.

Din deltagelse i studien er frivillig og du kan når som helst trekke deg. Dersom du skulle ønske å rekke deg, trenger du ikke oppgi noen grunn og det vil ikke få noen konsekvenser for deg. Jeg vil være den eneste som kjenner din identitet og dette vil kun skje i det du eventuelt samtykker i å delta i undersøkelsen. Du kan ta kontakt direkte med meg, enten ved å sende inn vedlagte svarslipp, eller ved å sende e-post. Jeg vil kontakte deg på telefon for nærmere avtale. Da kan du velge et tidspunkt og et sted som passer deg.

Intervjuene vil vare ca en time og vil bli tatt opp på lydbånd. Lydbåndet vil bli forsvarlig oppbevart og slettet når oppgaven er sensurert. Opplysninger som fremkommer vil bli aidentifisert, det betyr at opplysninger du kommer med ikke kan spores tilbake til deg. Forsker har taushetsplikt og det du sier vil bli behandlet konfidensielt. Veileder vil også lese intervjuene. Masteroppgaven planlegges avsluttet senest desember 2007. Studiens resultater kan, i tillegg til masteroppgaven, publiseres i aktuelle tidsskrifter og presenteres på konferanser. Det gis ingen økonomisk kompensasjon for å delta.

Dersom du ønsker ytterligere informasjon kan du kontakte meg via e-post: anettewinger@hotmail.com eller på telefon; ----- (mobil) eller -----. Min veileder i arbeidet med oppgaven er Førsteamanuensis May Solveig Fagermoen, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo som kan kontaktes på telefon -----.

Prosjektet er meldt Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med vennlig hilsen

Anette Winger

Mobiltelefon: Anette Winger -----

Epost: anettewinger@hotmail.com

Mobiltelefon May Solveig Fagermoen -----

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om å delta i Anette Wingers studie om utfordringer i smertelindring til premature barn. Deltagelse i studiet er frivillig og jeg kan når som helst i løpet prosjektet trekke min deltagelse.

Jeg sier meg med dette villig til å delta i prosjektet.

Jeg gir tillatelse til at Anette Winger kan kontakte meg på telefon for avtale om tid og sted for intervju.

Navn

Telefonnummer.....

Epostadresse.....

.....

dato og underskrift

Anette Winger
Storåsveien 26B
1169 Oslo

Oslo 3. september 2006

Til

Barneklubben
v/ Klinikksjef

Søknad om å få rekruttere sykepleiere til intervju

Undertegnede er mastergradsstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. I forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg å intervju 6-8 sykepleiere som har erfaring med svært premature barn. I denne forbindelse ber jeg om å få rekruttere 3-4 erfarne sykepleiere fra nyfødt intensiv til intervju. Jeg vil foreta intervjuer ved to ulike sykehus i Norge.

Problemstilling for oppgaven er "Hva beskriver sykepleiere utfordringene når det gjelder smertelindring hos premature barn?"

For å rekruttere sykepleiere trenger jeg hjelp av noen som kjenner sykepleiergruppen godt. Det er derfor et ønske at avdelingssykepleier kan være behjelpelig med informasjon og rekruttering. Utover å gi informasjon samt å ha kontakt med undertegnede vil det ikke medføre ytterligere ressursbruk for avdelingen. Vedlagt er forslag til brev til avdelingssykepleier.

Tid og sted for intervjuene vil avtales med hver enkelt sykepleier. Jeg håper å få gjennomført intervjuene i i løpet av oktober 2006. Hvis det er ønskelig å lese prosjektbeskrivelsen sender jeg gjerne denne.

Dersom ytterligere informasjon om prosjektet ønskes kan jeg kontaktes per telefon eller per e-post. Når masteroppgaven er sensurert kan jeg, hvis ønskelig, fremlegge resultatet for personalet.

Prosjektet er meldt Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Vedlagt er det informerte samtykke som er oversendt dem for vurdering.

Min veileder i forbindelse med masteroppgaven er Førsteamanuensis May Solveig Fagermoen, PhD, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo.

Jeg ser frem til svaret på min søknad som jeg håper blir positiv. Dersom svaret blir positivt, ber jeg om informasjon om navn på avdelingssykepleier, samt telefonnummer slik at jeg kan kontakte vedkommende for nærmere avtale om rekruttering av sykepleiere.

På forhånd takk for tilbakemelding.

Med vennlig hilsen

Anette Winger

Masterstudent, ISH, Universitetet i Oslo
e-postadresse; anettewinger@hotmail.com
telefon; -----

Veileder: May Solveig Fagermoen
telefon: -----

Vedlegg

1. Informert samtykke
2. Brev til avdelingssykepleier

**Til avdelingssykepleier ved nyfødt intensiv, barneklubben
september 2006**

Jeg er mastergradsstudent ved Institutt for sykepleievitenskap og helsefag ved Universitetet i Oslo. I forbindelse med min masteroppgave om smertelindring av premature barn, har jeg behov for å intervju 3-4 sykepleiere fra din avdeling. Sykehusets ledelse har godkjent at jeg kan opprette kontakt med sykepleierne.

Problemstilling for oppgaven er "Hva beskriver sykepleiere utfordringene når det gjelder smertelindring hos premature barn?"

For å finne frem til aktuelle sykepleiere er jeg avhengig av hjelp til med informasjon og rekruttering. Derfor er jeg svært takknemlig dersom du kan hjelpe meg i dette arbeidet. Dette omfatter at du identifiserer aktuelle sykepleiere og deler ut informasjonsskriv til dem.

De sykepleiere som jeg ønsker å intervju må ha minst to års erfaring i arbeid med premature barn med gestasjonsalder 23-28 uker. Dette kan være erfaring fra avdelingen de nå jobber, eller som samlet erfaring.

Det er ingen betingelse for deltagelse at de har interesse for smerteproblematikk.

De trenger heller ikke ha spesialutdanning da det er den enkeltes erfaring som er det viktig i denne studien.

Vedlagt er informasjonsskriv med samtykkeerklæring som sykepleiere som ønsker å delta sender direkte til meg. Dette gjøres for å ivareta anonymiteten til hver enkelt sykepleier. Jeg vil så kontakte disse sykepleierne for å avtale tid og sted for intervju.

Jeg vil reise til i forbindelse med intervjuene og håper å kunne gjennomføre intervjuene i løpet av oktober 2006.

Jeg har fått oppgitt ditt telefonnummer og vil ta kontakt med deg en av de første dagene. Fylligere informasjon om prosjektet og eventuelle spørsmål du måtte ha, kan vi da prate om over telefon. Dersom du ønsker å lese prosjektbeskrivelsen min, kan jeg sende den til deg.

Min veileder i forbindelse med masteroppgaven er Førsteamanuensis May Solveig Fagermoen PhD, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Ved eventuelle spørsmål kan hun kontaktes på telefon: -----

Med vennlig hilsen

Anette Winger
Storåsveien 26B
1169 Oslo
telefon: -----
e-post: anettewinger@hotmail.com

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



May Solveig Fagermoen
Seksjon for sykepleievitenskap
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 20.09.2006

Vår ref: 15238/JE

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.08.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15238	<i>Se meg! Å imøtekomme premature barns behov for smertelindring</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>May Solveig Fagermoen</i>
Student	<i>Anette Winger</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endingsskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/database/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2007 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

for
Vigdis Næmtvedt Kvalheim

Janne Sigbjørnsen Eie
Janne Sigbjørnsen Eie

Atta M. Winger
Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Anette Winger, storåsveien 26 B, 1169 OSLO



Prosjektvurdering - Kommentar

15238

Personvernombudet forutsetter at informasjonsskrivet revideres i tråd med kommentarer gitt per telefon 19. september 2006. Det bes om at kopi av revidert informasjonsskriv oversendes ombudet.

Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en manuell/elektronisk navneliste som oppbevares atskilt fra det øvrige materialet.

- Ved prosjektslutt skal datamaterialet anonymiseres ved at direkte personidentifiserende opplysninger slettes, lydopptak destrueres.

Vår referanse
2006/0/1/0/2006/

Saksbehandler

Dato
21.11.2006

Deres referanse

Til Anette Winger

Mastergradstudent UIO

Jeg vil herved gi min tilslutning til at du intervjuer sykepleiere fra til din oppgave. Lykke til videre.

Med vennlig hilsen

Oversykepleier, Barneklubben

INTERVJUGUIDE

1. Hva var det som gjorde at du begynte å jobbe med premature barn.
 - Hvor lenge har du jobbet med premature barn?
 - Hva arbeidet du med tidligere?

2. Temaet for denne samtalen er smertelindring av premature barn.
 - Hva slags situasjoner/prosedyrer synes du er spesielt utfordrende?
 - Husker du og kan du fortelle om en situasjon eller hendelser du har stått i som berører temaet smertelindring?
 - Hva er det som gjør at du husker denne situasjonen/hendelsen (kontekst/faktorer/impulser)

3. Hva mener du er viktige forhold som innvirker på smertelindring til barna?

4. Hva vektlegger du i dine observasjoner av barnet ?
 - Hvilke forhold tenker du kan ta fokus vekk fra barnet?
 - hvilken betydning tenker du det kan ha for barnet at det blir sett og møtt på sine behov?

5. Nå har du fortalt meg om utfordrende situasjoner og forhold som påvirker.
 - Har du reflektert over om noe kunne vært gjort annerledes?
 - Hva skal til i dine omgivelser for at praksis eventuelt kan endres/bedres?

6. Kan du fortelle om hvordan slike episoder eventuelt har påvirket deg i ditt arbeid med barnet?

7. Har du andre tanker og refleksjoner i forhold til smertelindringen av barna du har tenkt på og som ikke har kommet frem til nå?

Vedlegg 8

Tabell 1

Følgende tabell viser en oversikt over hva de åtte sykepleierne ser etter når de skal observere smerte:

	1	2	3	4	5	6	7	8
puls	1	1	1	1	1	1	1	
BT	1	1	1	1			1	
metning	1		1			1	1	
resp	1	1			1			
tonus		1	1		1			1
aktivitet	1	1	1	1	1	1		1
grimaser/ans iktsuttrykk	1	1	1	1	1	1	1	1
våkenhet		1				1		
gråt					1	1		
hudfarge inkl marmorering					1		1	1
Apati *			1		1	1	1	1
helhetsinntr.							1	1
magefølelse				1				

*inkludert i apati er manglende respons, oppgitthet, tilbaketrekning, reagerer ikke på smertefulle stimuli.